

Foro: “La Desnutrición en Colombia: Más que un problema social”

Resumido por la Académica Sonia Echeverri de Pimiento

Introducción por el Académico Dr. Zoilo Cuéllar M.,
Presidente Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina de Colombia abre, en la honrosa compañía de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica, a todos y cada uno de ustedes y a la irremplazable ciencia de la nutrición, las puertas de este acogedor recinto (cargado de historia y de brillantes logros obtenidos en los ciento treinta y un años transcurridos en la búsqueda de la solución de todos los problemas de salud y la educación médica) y al encuentro de una solución definitiva de uno de los problemas más importantes de la salud pública en Colombia.

Vamos a reflexionar entonces, en el curso de las próximas horas, sobre las insuficiencias dietéticas de nuestro pueblo, responsables directas de las serias deficiencias nutricionales de nuestra gente, causantes de muchos de los fracasos terapéuticos en las respuestas de un buen número de nuestros pacientes a los tratamientos médicos. Y qué no decir de las muchas complicaciones posquirúrgicas que se originan en una deficiencia nutricional, responsables de graves complicaciones en depuradas técnicas quirúrgicas, puesto que para responder activa y positivamente a un trauma quirúrgico, un organismo debe contar con recursos proteicos suficientes para lograr una cicatrización óptima de sus heridas.

Queremos entonces, las dos instituciones unidas tras el objetivo esencial de una buena nutrición, muy

equivalente a una buena salud, despertar la conciencia del sector sobre los gravísimos problemas que trae consigo la desnutrición. Una revisión exhaustiva de la legislación existente en nuestra patria saca a la luz la carencia de un soporte jurídico a la nutrición terapéutica, lo cual hace indispensable el que se involucre al SGSSS en el debate para hacer comprender entonces, tanto al poder ejecutivo como al legislativo, que se trata de un verdadero problema social, de salud pública.

Para que los tratamientos, efectivamente, logren su fin, debemos erradicar, hasta donde sea posible, la pobreza y el acceso a aquellos alimentos que no cumplen adecuadamente con su función nutritiva. Para tratar al paciente desnutrido, para aquel que llega al hospital con un inadecuado nivel nutricional, es necesario administrarle complementos y fórmulas alimenticias terapéuticas, productos que, por dramática y descorazonadora circunstancia, no incluye el Plan Obligatorio de Salud, lo que hace que precisamente la población más necesitada de dicha terapéutica, no tenga acceso a ella, por ser la más desprotegida, situación de consecuencias fatales frente a los requerimientos que exige su recuperación y que recarga económica y operativamente el Sistema por requerir estos pacientes múltiples hospitalizaciones. Este Foro aspira entonces a involucrar al SGSSS en el debate e interesarlo en la problemática social y de salud pública que representa.

Políticas locales

Programa “Bogotá sin hambre”

Eduardo Díaz Uribe¹

“Bogotá sin hambre” es una política pública en proceso de construcción. Esta consigna fue lanzada por el Alcalde Luis Eduardo Garzón porque considera que es un problema delicado. Sus políticas y acciones están orientadas a implementar en Bogotá una política de seguridad alimentaria y nutricional en el marco de la ciudad con énfasis en los sectores más vulnerables de la población, con dos implicaciones: es una política universal, no es una propuesta focalizada a sectores en función de su nivel de vulnerabilidad o de ingreso con precario acceso a una adecuada alimentación, para toda la ciudad.

Bogotá cuenta con 6'800.000 habitantes: de los estratos 1 y 2: 2'900.000, en condición de pobreza el 55% de los habitantes de la ciudad, en pobreza absoluta el 30%, 1'800.000 personas, en “la línea del hambre” con ingresos insuficientes para adquirir la alimentación mínima requerida.

¿Cómo consumimos y cómo gastamos los bogotanos?

Los hogares bogotanos, en promedio, gastábamos en 1997 cerca del 30% del ingreso en vivienda y el 21% en alimentación y hoy, estamos consumiendo en promedio 885 g *per capita* con un costo de \$ 1.740 que equivale a un 16% de un salario mínimo legal diario.

La ingesta mínima requerida de 1.921 g de calorías y proteínas tiene un costo de \$ 3.430, el 31% de un salario mínimo legal diario.

El problema del hambre y la imposibilidad de acceder al alimento es fundamentalmente un problema de ingresos. Es evidente que por la vía del ingreso se resuelve el problema del acceso a los alimentos y a otros gastos básicos de cualquier hogar. Lo que va a permitir la superación del hambre es el desarrollo económico que supere la situación de carencia de ingresos de un porcentaje importante de la población. En consecuencia hay que hacer un gran esfuerzo en el tema de la generación de ingreso y el Distrito, en diferentes administraciones lo ha hecho, pero esta propuesta es lanzada desde un Distrito Capital y los instrumentos de política pública, económica, con los

que cuenta un Distrito Capital de acuerdo con nuestro ordenamiento territorial tienen un límite: durante los últimos 10 años la Nación ha promovido 14 reformas tributarias y el Distrito ha promovido una, lo que significa que la capacidad de actuar en términos de política económica, ya sea por la vía de lo fiscal o de otros instrumentos, tiene un gran límite y las autoridades distritales y municipales no tienen la misma competencia, por ordenamiento institucional del país, que tienen las autoridades nacionales. En instrumentos de financiación a la producción las autoridades territoriales en general y distritales en particular no cuentan con herramientas de promoción de la producción ni de promoción de la investigación científica para producción; otra limitante tiene que ver con la incapacidad del Distrito o de las autoridades municipales para incidir de manera significativa en la generación de empleo, incluso, generando gran inversión pública. El período de inversión pública más intenso de la historia del Distrito Capital fue la parte final del Gobierno de Enrique Peñalosa que generó todo el empleo no calificado temporal pero, a pesar de ese gran esfuerzo que se hizo alrededor de las obras de infraestructura en ese período, con todo y ello, la tasa de desempleo en la ciudad aumentó por efecto del comportamiento de la economía en su conjunto. Esto muestra que en la perspectiva del tema del ingreso, las autoridades locales territoriales en general y en particular el Distrito, tienen posibilidad de acción pero tienen limitaciones.

Así resolviésemos el problema de ingreso de los ciudadanos, el costo que hoy tiene la canasta mínima deseable equivale a un 31% de un salario mínimo legal, de suerte tal, que si una familia con todo accediera a un determinado ingreso por efecto del crecimiento económico, su situación nutricional, dado el costo de alimentación, va a tener dificultades porque tenemos un costo muy alto o sea que también hay un problema de costos de los alimentos.

La lucha contra el hambre, desde el punto de vista del acceso, a los alimentos, tiene que ver con el problema de ingresos pero también con un problema de costos, problemas que no se resuelven en un corto plazo, en consecuencia, es necesario entrar a desarrollar un dispositivo público y privado de la ciudad o

¹ Director del Programa “Bogotá sin hambre”, fue Director del Fondo Nacional Hospitalario, Director del Plan Nacional de Rehabilitación, Ministro de Salud, Ministro (e) de Educación, Secretario Distrital de Salud, Director Nacional de la Red de Solidaridad Social de la Presidencia de la República, ha sido conferencista permanente en temas relacionados con la problemática social.

del país que dé cuenta del problema de la desnutrición de un porcentaje muy importante de la población, especialmente niños, niñas y adultos mayores. Es un imperativo ético, es un imperativo moral, es un imperativo político. El propósito de la lucha contra el hambre es la restitución de un derecho y el Programa "Bogotá sin hambre" apunta a la restitución de un derecho a un porcentaje muy considerable de la población que no tiene acceso a una adecuada alimentación con implicaciones para el desarrollo, el crecimiento, la salud, etc.

Otro problema muy importante y otra dimensión al tema de la lucha contra el hambre, por ejemplo, la pérdida de los alimentos por mala manipulación. El Programa "Bogotá sin hambre" desarrolla estrategias en tres ejes: el social, a través de las acciones de nutrición y alimentación; el urbano regional, a través de la construcción de un sistema de abastecimiento de alimentos que asesore a todos los ciudadanos, calidad, cantidad y mejores precios; y en el eje de reconciliación a partir de la movilización ciudadana.

En el eje social, las acciones de alimentación y nutrición tienen que ver con las estrategias de apoyo para quienes no acceden a la alimentación. Se trata de ampliar estas coberturas, mejorar la calidad de estos programas a partir de la construcción sobre lo ya construido, ampliando los programas de lo que ya existe, como ha sido toda la estrategia de 0 a 5 años del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y del Departamento Administrativo de Bienestar Social, existen los programas de alimentación escolar, los comedores comunitarios (que son fundamentalmente por iniciativa ciudadana, de juntas de acción comunal, de iglesias, de clubes rotarios). Estamos aliándonos con ellos para ampliar las coberturas para llegar a cien mil personas más. Nos estamos preocupando del tema de los restaurantes populares para que se entregue una buena alimentación y una alianza con otros estamentos, es decir, ampliar coberturas, en distintas modalidades, con distintos valores nutricionales, atendiendo y apoyando a más o menos 550 mil personas de las cuales 240 mil a partir de los hogares de bienestar; el Distrito atiende 220 mil con el tema de los refrigerios escolares y el Departamento Administrativo de Bienestar Social y la diferencia es un esfuerzo que viene realizando el propio sector privado.

La meta de este Gobierno es llegar a una cifra cercana al millón de personas atendidos con distintos programas, especialmente a niños y niñas de 0 a 5 años y la alimentación escolar y los sectores desescolarizados de adultos mayores a partir de los comedores comunitarios. Medio millón de personas más que se incorporarían y tendríamos en Bogotá un dispositivo construido entre lo público y lo privado que estaría el 31 de diciembre atendiendo cerca de un millón de personas. Sin embargo, si se tratara de atender a todos los que requieren algún tipo de apoyo nutricional, sería algo más del millón y medio de personas.

Lo importante no sería solamente la ampliación de la cobertura y la perspectiva de la restitución del derecho a la alimentación sino la construcción de un dispositivo público privado. Estamos apoyando lo que han construido las propias comunidades.

Pero no basta con el apoyo nutricional, es necesario entrar al tema de la promoción de la lactancia materna, en todas las localidades del Distrito y en las fábricas. Como parte fundamental se encuentra la promoción de la salud y alimentación y estilo de vidas saludables.

Otro programa es convertir a los tenderos en promotores de educación alimentaria, que eduquen y orienten a la ciudadanía en un mejor consumo.

Es importante también el seguimiento y vigilancia del estado nutricional para toda la población, con énfasis en los niños y en las niñas de la capital. Dicho programa rescata el trabajo que se venía haciendo, se construye sobre él, se amplían las metas cuantitativas, se busca homogenizar la prestación de los distintos tipos de apoyo, por ejemplo el ICBF.

Es una propuesta que busca construir, a partir de alianzas, entre lo público y lo privado, optimizar los recursos de que se dispone, privilegia el apoyo constitucional a la construcción de infraestructura pública. En el Distrito hay más de 400 programas de apoyo nutricional funcionando que fueron construidos por esa iniciativa comunitaria privada, antes incluso de que se hablase del tema de "Bogotá sin hambre".

El segundo componente de "Bogotá sin hambre" es el sistema abastecimiento. Bogotá tiene una situación privilegiada: el 80% de los alimentos que llegan a la ciudad viene de los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, Meta y Tolima. De todas las cadenas encontramos que hay muchos productores desorganizados y muchos comerciantes desorganizados. Como resultado tenemos que el 17% de los alimentos que llegan a Bogotá son residuos de productos, el 22% se pierde por mala manipulación, el 9% son residuos por empaques, en todas las cadenas por lo menos hay tres intermediarios que no aportan ningún valor pero sí están afectando el precio en un 21% y las ineficiencias en el transporte son monstruosas; pagamos el 100% para transportar únicamente 48% de la capacidad instalada; estamos utilizando vehículos pequeños en recorridos largos con fletes mayores que los de los vehículos grandes, todo esto implica una propuesta adicional que forma parte de "Bogotá sin hambre" y es el plan maestro de la ciudad que implica: propiciar las transformaciones culturales, operacionales y normativas para lograr eficiencia en el sistema de abastecimiento y con ello nutrición a costo mínimo; para ello, estamos organizando a los distribuidores, tenderos, en distintas localidades de la ciudad para que consoliden su demanda. Con Cundinamarca, los departamentos y el Ministerio de Agricultura, se están organizando en las zonas que abastecen a Bogotá a

que consoliden la oferta y hecho el negocio entre productores y distribuidores y eliminada la intermediación, entrar a la operación logística de transporte,

almacenamiento y consolidación. El último componente de "Bogotá sin hambre" es la movilización de todos los sectores en la lucha contra el hambre.

"Inequidades en la situación nutricional de la infancia colombiana"

Belén Samper²

La igualdad se podría definir como la ausencia de diferencias de todo tipo, de ingreso, por género, por razas. En cambio, la equidad es un valor social que decide la sociedad, que toca con los principios de justicia. La equidad es el camino hacia la igualdad entre las personas, sin embargo, todavía existen inequidades.

En nutrición las inequidades son las diferencias que se consideran innecesarias, evitables e injustas. Para que haya equidad se deben reducir las brechas que la sociedad considera injustas, empezando por tomar conciencia de que existe un problema y se debe ir más allá de los promedios para identificar determinantes de esas desigualdades.

Resultados de investigaciones que se han realizado en nutrición

Colombia ha hecho encuestas de demografía y salud que son parte a su vez de las encuestas internacionales coordinadas desde Washington.

Profamilia ha realizado encuestas en Colombia desde 1986. Los tamaños muestrales nacionales representativos son de 10.000 hogares y 11.000 mujeres en edad reproductiva con hijos menores de 5 años.

La desnutrición crónica es aquella que es determinada por la talla para la edad que implica el retardo en crecimiento. Colombia ha hecho muchos estudios comparativos en cuanto a desnutrición pero desde el año de 1965 se han hecho estudios poblacionales del estado nutricional desde el punto de vista antropométrico. Desde 1965 hasta 2000 hubo una tendencia a que los promedios poblacionales descendieran, en los tres tipos de desnutrición: *crónica*, por talla; *aguda*, peso para la talla y *global* por peso.

Los promedios esconden determinantes y diferencias bien importantes y es hacia allí donde debe estar orientada la política social. Tomando el estudio del año 2000, en menos de 5 años, se vio que los niños en los primeros 6 meses de sus vidas están bien pero ya después cae la población por debajo de los patrones internacionales; en talla, la tendencia a apartarse del patrón aumenta: a mayor edad, más rezago en la talla, en el crecimiento físico. En las encuestas de demografía de 1995 y del año 2000 se construyeron los índices de activos, indicadores indirectos usados por los economistas.

En Colombia se está presentando inequidad en la nutrición de niños y niñas menores de 5 años con relación al ingreso. Hay una brecha muy marcada en el nivel de desnutrición, es más pronunciada en el área rural que en la urbana. Aunque el área rural tiene mayor prevalencia de desnutrición las inequidades son mayores en el interior del área urbana.

Con base en encuestas de demografía y salud, por edad y sexo, su estrato socioeconómico, servicios públicos, se encontraron los siguientes aspectos, en familias que tenían niños bien nutridos: mayores ingresos, afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, pareja estable, índice de la masa corporal de la madre normal, peso adecuado del hijo al nacer.

Se presenta con mayor frecuencia la desnutrición en familias porque hay muchos niños menores de 5 años en una familia con un intervalo de edad muy reducido.

Este estudio indica que los recursos se deben focalizar tratando de reducir las brechas entre ricos y pobres. Se debe poner énfasis en el sector prenatal e infancia temprana, zona rural en general y residentes en zonas marginadas.

² Magister en Alimentación y Nutrición, con énfasis en planeación, administración y evaluación de programas; especialista en Bioética de la Universidad El Bosque, consultora sobre estos temas, profesora universitaria sobre temas de ética y de nutrición, campos en los cuales ha realizado importantes investigaciones. El trabajo que presenta se basa en un estudio hecho en conjunto con la Universidad de los Andes, el Centro de Gestión Hospitalaria, con estadísticas de Profamilia y la financiación del Banco Mundial.

Propuestas

A corto plazo una política de nutrición requiere ingresos, generación de empleos y en casos extremos generación de subsidios.

A mediano plazo, atención a la mujer en edad reproductiva. El futuro de un niño depende desde la

adolescencia misma de su mamá, la escolarización, afiliación a la Seguridad Social y a la Salud.

A largo plazo, siempre tener como gran meta reducir todas las inequidades para que se llegue a una sociedad más igualitaria y así se respeten los derechos de todos los individuos.

“El derecho a la alimentación y el derecho a la nutrición”

Óscar Jaramillo Robledo³

La diosa Ceres, a quien recordamos por sus hijos, los cereales, les regaló a los hombres la semilla de trigo, les enseñó a cultivar la tierra y a elaborar el pan. Solo una condición impuso para esta dádiva gratuita: que de hoy en adelante ningún ser humano, por ningún motivo, sufra jamás de hambre.

2.000 colombianos mueren cada año por desnutrición. El Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2000, de la ONU, señala que en este país la desnutrición crónica es del 14 por ciento (840.000 niños menores de 5 años) El 3 por ciento de ellos, es decir unos 25.000 niños, padece de desnutrición grave. Un estudio de deficiencia de micronutrientes del Instituto Nacional de Salud (INS) señala que en Colombia cerca de nueve millones de personas viven en condiciones de pobreza y padecen graves enfermedades por una nutrición inadecuada. Asimismo, una de cada cuatro mujeres entre los 15 y 49 años sufre de anemia.

El pasado 16 de octubre se celebró el Día Mundial de la Alimentación promovido en 1979 y que coincide con la fecha de fundación de la FAO, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

Cuando leíamos el Derecho a la Ternura o escribíamos Sobre el Derecho a la Imperfección, reclamábamos unos derechos, obvios después de discutidos, pero un tanto difíciles de reconocer. Es agobiante que deba hacerse explícito un Derecho a la Alimentación, pero así lo exigen 800 millones de personas que padecen hambre. Después de la Segunda Guerra Mundial los nuevos conflictos que se creyeron imposibles, después de la catástrofe, se han apoderado de 22 millones de vidas y esto es impactante. El hambre, uno de los jinetes del Apocalipsis, ha arrastrado en su galope trágico con 200 millones de vidas de seres

humanos y esto sólo preocupa a unos pocos.

No puede ser en vano que Colombia sea un Estado social de derecho. Serias consecuencias se derivan de este principio. Como lo ha expuesto la Corte Constitucional. *“Lo primero que debe ser advertido es que el término “social”, ahora agregado a la clásica fórmula de Estado de Derecho, no debe ser entendido como una simple muletilla retórica que proporciona un elegante toque de filantropía a la idea tradicional del derecho y del Estado”*. Una de las características fundamentales del Estado Social es la realización de la igualdad a través de la procura de un mínimo existencial, de donde se le otorga al Estado una función asistencial que lo convierte en gestor de toda clase de prestaciones, servicios y asistencias destinadas a asegurar las condiciones fundamentales de la existencia humana.

Los Derechos de Primera Generación sólo requieren la decisión del Estado y son justiciables. En contraste, los Derechos de Segunda Generación entre los cuales se encuentran los Económicos, Sociales y Culturales, no son justiciables, es decir, no pueden ser reclamados ante los tribunales. Para muchos países el Derecho a la Alimentación está incluido en este segundo grupo y, por tanto, no es un derecho que se pueda reclamar. Pero es necesario entender que existe una clara diferencia entre el Derecho a una Alimentación Adecuada y el Derecho a No Morir de Hambre. El Derecho a estar protegidos para no morir de hambre sí es un derecho fundamental ligado al derecho a la vida y que el Estado debe proteger.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su Artículo 25 afirma el derecho a la alimentación y en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Artículo 11,

³ Academia de Medicina de Caldas. Cirujano de Tórax, docente de la Universidad de Manizales, ex presidente de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica.

se reconoce, de nuevo, este derecho. Es contundente el olvido por este derecho cuando al revisar 203 Constituciones sólo existen 22 Disposiciones Constitucionales en las que se menciona directamente el derecho a la alimentación como aplicable a toda la población.

Colombia aparece en un nivel medio alto de protección constitucional del derecho a la alimentación (Artículos 44, 46, 47, 48, 49).

Artículo 44: alimentación equilibrada del niño.

Artículo 46: subsidio alimentario de los ancianos indigentes.

Artículo 47: atención especial de los disminuidos físicos, psíquicos o sensoriales..

Artículo 48: Derecho irrenunciable a la seguridad social.

Artículo 49: Promoción, protección y recuperación de la salud.

Debe inducirse una toma de conciencia de amplia cobertura que incluya a los medios de comunicación, las organizaciones de voluntarios y el sector privado, para contrarrestar la tendencia en algunos de estos sectores a considerar el hambre y la escasez de alimentos como una cuestión de caridad y no como una cuestión política, relacionada con los derechos humanos y la justicia social. Así lo confirma la Corte Constitucional cuando ha dicho: *"El Estado Social puede ser definido como el Estado que garantiza estándares mínimos de salario, alimentación, salud, habitación, educación, asegurados para todos los ciudadanos bajo la idea de derecho y no simplemente de caridad"*. Sin los alimentos adecuados, las personas no pueden llevar una vida saludable, no pueden tener un empleo, no pueden cuidar a sus hijos y estos no pueden aprender a leer y escribir. El derecho a los alimentos atraviesa la totalidad de los derechos humanos. El logro de los alimentos no puede poner en peligro el disfrute de otros derechos humanos, por tal razón sus costos deben ser razonables. Los impuestos sobre los alimentos, que afectan de manera indiscriminada a toda la población, sin distinguir sus diferentes capacidades adquisitivas, ponen en peligro el adecuado desarrollo del Derecho a la Alimentación. Los Estados no deben olvidar que, por simples razones económicas, la desnutrición disminuye el Producto Nacional Bruto. Ha estimado la FAO que si se lograra disminuir para el 2015 a la mitad el número de personas que sufren hambre, tal como lo planteó la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, se cosecharían beneficios por más de 120.000 millones de dólares. Bloom, Canning y Sevilla de la Universidad de Harvard observaron que un año adicional de esperanza de vida aumenta el PIB *per cápita* de un estado estable en un 4%.

La Comisión de los Derechos Humanos de la ONU propuso la adopción de medidas urgentes para erradicar el hambre del mundo. La Resolución fue aprobada por 52 de los 53 Miembros. Los Estados Unidos de América votaron en contra por temor a adquirir compromisos que lo obligaran a aliviar la deuda externa de los

países en vía de desarrollo o a que se le pudiera reclamar ante Tribunales Internacionales su apoyo alimentario al mundo. Estados Unidos es el único país que ha firmado pero no ratificado ni el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PI-DESC), ni la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) ni la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

La tentación de los alimentos baratos en los mercados internacionales que ofrecen productos altamente subsidiados, atentan contra la soberanía alimentaria. Una vez arruinada la agricultura local los alimentos ganarán precio. Las aperturas deben ser progresivas y selectivas con protección especial de los alimentos que la cultura impone. Debe meditarse con atención el tipo de ayuda que debe prestarse para mejorar la alimentación. Las subvenciones en dinero de libre inversión entregadas a las madres se dedican a la adquisición de alimentos y colaboran en la satisfacción de otras necesidades como el vestido o la educación. En manos de los padres una buena proporción termina en alcohol y tabaco. Esta política engendra el riesgo que, el aumento de la demanda, presione el alza de los precios de los alimentos y tiene como requisito previo que exista un mercado local sano. Además, implica una alta inversión en educación nutricional para que se adquieran los alimentos de mejor capacidad nutricional y no aquellos que la propaganda de las empresas multinacionales de alimentos hace ver como más deseables. Pero, en general, las subvenciones en efectivo mejoran las condiciones del mercado y ayudan a la distribución de la riqueza y al fortalecimiento de la agricultura local. Para evitar el desvío de los recursos se han utilizado las subvenciones en dinero de obligada inversión en alimentos.

Las subvenciones en especie, obtenidas de fuentes externas, implican el riesgo de arruinar la agricultura local, al presionar una caída de la demanda y de los precios y lo único que se logrará es cambiar la población que sufre hambre, de los subvencionados a los agricultores. Por tal razón las subvenciones en especie siempre deberían provenir de los mercados locales.

El Derecho a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten, consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no se ha podido materializar pues el control de las biotecnologías está inequitativamente distribuido dadas las posibilidades de investigación de los países y a la concesión de patentes que originan monopolios. Las semillas mejoradas y las tecnologías que incrementan la producción se quedan, de nuevo, en las regiones más desarrolladas y su transferencia a los países pobres tiene costos inalcanzables para ellos. Sólo las grandes inversiones gubernamentales en investigación evitarán que las tecnologías, que deberían ser un bien de la humanidad, puedan ser aprovechadas por los particulares.

La alimentación debe ser adecuada en cantidad y en calidad. Las poblaciones no tienen una idea clara sobre lo que es la alimentación sana. Agresivas campañas publicitarias sobre el consumo de alimentos industrializados han hecho crear en el imaginario de las comunidades que la comida contenida en tarros y cajas, rodeadas de poderes terapéuticos, además de los nutritivos, debe reemplazar a las dietas usuales. El diseño de campañas masivas de educación alimentaria y nutricional son por completo necesarias para garantizar el Derecho a la Alimentación. De otra manera, los recursos invertidos podrían terminar en el consumo de los alimentos beneficiados por la propaganda, a altos costos, poco beneficio nutricional y con desestímulo del mercado local de alimentos.

Un riesgo adicional y que viola el Derecho a la Alimentación, en su visión de la calidad, es la propaganda de comidas poco sanas que han conducido a la obesidad en proporciones preocupantes en muchos países, que incluye los países en desarrollo.

La inocuidad de la alimentación está contemplada en el Derecho a la Alimentación. Los niveles de contaminantes de los alimentos en las formas de herbicidas, insecticidas y preservativos, deben ser una preocupa-

ción permanente del Estado, al igual que la seguridad de los productos agrícolas manipulados genéticamente, sobre los cuales pesan graves dudas, no siempre fundamentadas en evidencia científica, pero que requieren información clara y veraz a las comunidades que tienen el derecho a saber cuando consumen este tipo de alimentos.

Ahora, consideremos el Derecho a la Nutrición, función prioritaria, aunque no única de la alimentación; es la preservación de un estado nutricional adecuado. Es la función nutricional de la alimentación la que preserva la salud y permite la perpetuación de la especie. Cuando los seres humanos son incapaces de nutrirse mediante el consumo de alimentos, tienen el derecho a que los avances del conocimiento médico en estos asuntos, les conserven sus condiciones de salud nutricional. De aquí, que la nutrición enteral y la nutrición parenteral sean inseparables del Derecho a la Alimentación. Todos los hospitales deberían garantizar a sus pacientes una evaluación nutricional a su ingreso y un cuidado nutricional integral por cualquier medio y las políticas de salud del Estado deberían obligar a todos los promotores de la salud a que aseguren este cuidado a cada uno de sus afiliados.

“Diagnóstico y Políticas Nacionales”

Dra. Beatriz Londoño⁴

El 16 de octubre se celebra el día mundial de la alimentación. El hambre no da espera y hay poca conciencia frente a este tema. Hay que diferenciar muy claramente entre las hambrunas y lo que es el hambre endémica que mata y enferma a más personas pero que es menos visible y que políticamente tiene menor trascendencia en la mayoría de los países.

Cuando se retoma la palabra “hambre” es tan importante porque vuelve otra vez los ojos del mundo y por fortuna recientemente de la Asamblea General de las Naciones Unidas para que muchos países puedan aunar esfuerzos en todos los niveles de Gobierno con el fin de combatir la desnutrición y el hambre. El hambre no solamente es el hambre que lleva a la desnutrición, es el hambre de corto plazo.

Dificultades a las que se enfrenta Colombia

Cuando miramos la población colombiana en función de ingresos encontramos diferencias que conllevan

a mirar qué consume una familia promedio en Colombia: las personas más ricas consumen el 20% del ingreso en alimentos; las personas más pobres consumen el 41%.

En salud las personas más ricas consumen el 6% y el más pobre el 4%. Esta situación es difícil de conciliar entre el estado de salud, el nivel de ingresos y la calidad de los alimentos a los cuales se puede acceder. A pesar de que el precio de los alimentos ha venido bajando proporcionalmente, determinan distintos factores, a la posibilidad de acceder a alimentos de buena calidad.

En Colombia, la mortalidad atribuible directamente a nutrición, teniendo en cuenta la manera como se diligencian los certificados de defunción, es mayor para los niños entre los 12 y los 23 meses y para las personas mayores de 69 años. En las personas mayores de 69 años, descartando todas las enfermedades terminales, neoplasias y otras que puedan degenerar en problemas de orden nutricional.

Hay retos muy grandes que enfrentar como son los tratados internacionales, ahora alrededor del

⁴ Médica, Directora General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Tratado de Libre Comercio, con política de seguridad alimentaria que comprenda mejor acceso, disponibilidad, consumo, aprovechamiento y relevar todo lo que tiene que ver con inocuidad alimentaria con el Ministerio de Agricultura, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Protección Social, para desarrollar una propuesta, con el apoyo de organismos internacionales.

Mientras que en Colombia por un millón de habitantes existen 350 kilómetros de carretera pavimentada en Chile hay 800 y en Costa Rica hay más de 1.600, dato en referencia a cómo se puede hacer el transporte de alimentos cuando el 35% de los servicios básicos lo provee el área rural en Colombia.

La pobreza es mayor en el área rural, alcanza al 84%, y a pesar de que es donde se encuentran los alimentos en Colombia, las familias que viven en el área rural están mucho más desnutridas y es donde hay un número mayor de hijos menores de 5 años.

Para facilitar acceso, además de las políticas de largo plazo hay una medida muy importante: el consenso de Copenhague ha planteado la fortificación de alimentos con micronutrientes; la fortificación como una de las recomendaciones centrales; la posibilidad real de acceso adicional de aumentar la ingesta proteico-calórica general es difícil de lograr para muchos millones de personas en el mundo y la fortificación se encuentra como una opción alternativa que no satisface el hambre pero que mejora las condiciones nutricionales. El único alimento que está fortificado en Colombia, por norma, es la harina de trigo y ahora está en discusión de cómo fortificar el arroz con la mejor tecnología dado que es un alimento de consumo en todos los grupos étnicos y a lo largo y ancho del país y cuyo costo, tanto del alimento mismo como lo que podría ser la tecnología a usar, tendría en términos de costo-beneficio y costo-efectividad un impacto positivo.

El aprovechamiento es una de las cuestiones básicas tanto en lo que tiene que ver con expansión y con el aporte de agua potable en todos los municipios para disminuir, entre otras, las consecuencias de parasitismo que afectan notablemente el aprovechamiento.

Desgraciadamente la inocuidad no es en términos higiénicos, es también en términos de fibra, de balance, de los alimentos que se ofrecen, sobre todo, ante la creciente popularidad de la comida chatarra que nos está llevando a un perfil de malnutrición y de obesidad que por fortuna vamos a poder sortear o por lo menos hablar de cifras claras con la encuesta nacional de nutrición propuesta por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con seis módulos, que tiene un costo de 7 mil millones de los cuales 5 mil millones son aportados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 1.600 por Profamilia, 300 millones por el Instituto Nacional de Salud y 78 millones por la Universidad de Antioquia. Estos seis módulos tienen todo lo relacionado a estado de salud, antropometría para todos los

grupos de edad, actividad física correlacionándolo con salud, medición de micronutrientes, lactancia materna, siendo una forma eficiente, buena y económicamente sana la lactancia materna para poder proveer a los recién nacidos un aporte adecuado. Los resultados se darán al concluir el último semestre del año 2005. Fueron sumados los esfuerzos con Profamilia en todo lo relacionado con diseño muestral de las encuestas quinquenales regionales.

El 19% de las mujeres en estado en Colombia en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, mediante el Programa Fami, atiende 6'500.000 personas de las cuales 4'500.000 están directamente atendidos por programas nutricionales, pero donde se encuentran problemas serios como el número de días que se cubre en restaurantes escolares en donde Colombia necesita avanzar para que en la primera infancia y en el embarazo haya continuidad y por eso tan importante la resolución del PAH en donde se hace obligatoria la entrega de micronutrientes, en donde se hace necesario que la notificación de un niño de bajo peso al nacer sea obligatoria para generar todos los mecanismos de atención y seguimiento. Se atiende con desayunos, con leche enriquecida con hierro a 503.000 niños.

En los 2'500.000 niños en edad escolar encontramos, en el Programa de Desayunos Escolares y Almuerzos Escolares, que cuotas de compensación tan bajas como \$100 en algunos casos ponían barrera de acceso y esto llevó a aumentar en \$21 mil millones de pesos el aporte en el año 2004 y sin embargo las coberturas son bajas cuando el estudiante deja de recibir el aporte por parte de la Alcaldía, del ICBF o de otra entidad y si en su casa no tiene como poder solventar esa necesidad, y cuando la cuota es barrera de acceso. 400.000 adultos mayores empezarán a recibir, para personas discapacitadas, para personas en situación de desplazamiento o indígenas (personas mayores de 50 años). Para población general serán mayores de 60. En SISBEN 1 400.000 empezarán a recibir almuerzo caliente que tiene todos los requerimientos de aporte nutricional y que los operadores en todos los casos serán a través de terceros.

De igual forma, Colombia también está comprometida a actualizar la tabla de composición de alimentos que contará con 1.347 alimentos con 28 nutrientes en donde se incluirán alimentos nativos, comidas rápidas, alimentos infantiles y regímenes especiales, esto busca revisar valores, revisar la validez y los análisis. Allí las universidades han sido fundamentales para poder enriquecer toda esta discusión y los organismos internacionales de igual manera.

En la Encuesta Nacional de Nutrición se ha contado con el concurso de entidades como la OMS, OPS y el Instituto Nacional de Salud de México, entre otros. Respecto a los micronutrientes, pueden ser muy interesantes: sobre todo en investigación, serán medidos ferritina, vitamina A, zinc, homocisteína, hemoglobina. Hay

un proceso de actualización de las guías alimentarias para la población, no solamente para menores de 2 años sino también de 2 a 5 y para la población adulta.

Otras acciones conjuntas

El ICBF también está desarrollando el Programa Familias en Acción, desarrollado con base en un programa mexicano, en donde se entrega un subsidio en efectivo a las madres del hogar, dinero destinado a menores de 5 años para darles posibilidad al acceso a alimentos; para los estudiantes que están en primaria o en secundaria es un subsidio también diferencial que busca retener a los niños en el sistema escolar y las familias tienen un tope pero no se va aumentando para no incentivar el número de hijos en forma creciente. Este Programa se inició en el año 2001 y ha tenido la evaluación del Instituto de Asuntos Fiscales de Inglaterra, (como Coordinador, organización internacional que tiene un enorme rigor) en cooperación con el ICBF y ha mostrado una mejoría sustantiva en el acceso de proteínas, alimentos de alto valor nutricional, y también mejoría en retención escolar. 340.000 familias en Colombia se benefician de este programa y el Gobierno Nacional está gestionando un crédito con el Banco Mundial para aumentar el número de familias beneficiadas. El incremento de la gasolina atenderá en parte la financiación del ciento por ciento del programa de

adulto mayor. Es la primera vez en la historia que el ICBF recibirá ingresos por parte del presupuesto general de la Nación para financiar un programa distinto al de los ingresos parafiscales.

Un alimento tan rico, desde el punto de vista nutricional, como la bienestarina, ha sido reformulado completamente para mejorar no solamente la calidad de algunos de los nutrientes sino también el porcentaje de grasa, entre otros, y se ha saborizado también con chocolate, vainilla o la tradicional.

Para el Instituto es fundamental fortalecer el tema de educación nutricional y se espera contar con un sistema nacional de videoconferencias para que en todas las regionales de ICBF se pueda hacer, no solamente con los mensajes mediáticos generales sino un trabajo sistemático en el tema de educación nutricional. En educación nutricional hay una responsabilidad compartida con otras instancias del Gobierno y con la necesidad de una regulación mucho más estricta alrededor del tema de la alimentación y de la nutrición.

Está en el Congreso de la República un Proyecto de Ley para reformar el Código del Menor actual en donde se consagran algunos derechos y está por primera vez plasmadas algunas cosas alrededor del tema de la alimentación, teniendo en cuenta que hay zonas del país como Nariño, Bolívar, Cauca, Córdoba, con altísimas tasas de desnutrición. 80% de las familias desplazadas a los 2 años no tienen canasta básica.

El derecho a la alimentación

Moderador: Óscar Jaramillo Robledo, M.D.

Panelistas: Beatriz Londoño Soto, M.D. Yolanda Pineda Peñuela, M.D.⁵

A la intervención del Dr. **Iván Escobar**, miembro de la Federación Odontológica Colombiana, sobre el tema de sobrepeso, la Dra. **Beatriz Londoño** hizo particular énfasis sobre las recomendaciones hechas por la Academia Americana de Pediatría: por lo menos una hora de actividad física intensa diaria para los niños ya que la televisión y juegos como ataris y otros son contribuyentes silenciosos para que haya el problema de obesidad.

El Dr. **Francisco Lamus**, de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana, manifestó que es evidente el problema de carencia nutricional en el país y llama la atención sobre las observaciones contrapuestas entre las Dras. Samper y la Dra. Londoño y comentó que en trabajos realizados por la universidad

de la Sabana han observado una bipolarización nutricional donde coexisten niños con desnutrición aguda y obesos, con implicaciones importantes en las referencias anotadas ya por el grupo multicéntrico convocado por UNICEF y Naciones Unidas y están revisando los estándares para niños menores de 5 años porque estos datos extremos de la curva de Gauss implica que de alguna manera tiene que haber un acuerdo en torno a las referencias que se están utilizando, y preguntó: ¿qué se va a hacer en la encuesta nacional de 2006?, ¿qué consideraciones han hecho sobre las referencias? Porque esto tiene unas implicaciones importantes sobre las prevalencias nutricionales del país sobre todo cuando tenemos problemas de país en vías de desarrollo y con obesidades de países desarrollados.

⁵ Consultora de Naciones Unidas del Programa "Bogotá sin hambre".

Respondió la Dra. **Belén Samper** que ese es el grave problema que esconden los promedios. No hay diferencias grandes. Coexisten dos problemas de desnutrición en el país pero el promedio los disimula en cuanto a desnutriciones, por eso, atacemos los problemas porque los hay. Sí están surgiendo unos estándares que incluyen más países que Estados Unidos, sin embargo, la OMS ha adoptado los americanos como patrón para comparación mundial.

El Académico **Hernando Forero Caballero** realizó los estudios que se están haciendo en las embarazadas, en el neonato y en los niños hasta los 5 años de edad y preguntó si hay un programa o un plan de estudio y de educación a los adolescentes y a las personas de tercera edad.

Respondió la Dra. **Beatriz Londoño**: La Encuesta Nacional de Nutrición cubre todos los grupos de edad, hay algunos departamentos que han avanzado en esto pero no de manera nacional. En cuanto a los adolescentes está centrado, más que en el componente nutricional propiamente dicho, en lo relacionado con Salud Sexual y Reproductiva y con lo que se tiene de riesgo alrededor, pero hay vacíos y “Colombia Joven”, programa presidencial, está trabajando en educación en general y hay espacios conjuntos con educación nutricional. La construcción de Política para la Primera Infancia se está haciendo con muchas organizaciones privadas, públicas, internacionales, académicas; la política de envejecimiento la está haciendo Planeación Nacional y la Dirección del Ministerio de la Protección Social que la están liderando, pero Colombia carece de ello a pesar de los cambios en la estructura de la pirámide poblacional y están los programas que necesitan un desarrollo conceptual y de política pública mucho más amplio.

El Académico **José Félix Patiño Restrepo** preguntó a la Dra. Yolanda Pineda en qué consiste la

dieta que entrega el Programa “Bogotá sin hambre”.

La Dra. **Yolanda Pineda** dijo que se está trabajando en una primera fase en reforzar y capacitar las entidades que actualmente vienen prestando servicios de alimentación y nutrición y que tienen actividades alimentarias en todo Bogotá y a esto se han sumado los esfuerzos de la Secretaría de Educación en donde el refrigerio escolar ha ido cambiando y en donde ha sido posible establecer comedores; se sirve comida caliente a los estudiantes, mucho más adecuada nutricionalmente; con estas ayudas alimenticias pretendemos llegar a surtir el 37% del requerimiento diario del estudiante. Dejó en claro que en el futuro la zona prioritaria de intervención será los niños entre 0 y 5 años; la franja de población que más nos convoca a trabajar son los niños desescolarizados, los desplazados por el conflicto que no alcanzan a lograr la inserción en los sistemas regulares de atención que requieren búsquedas mucho más activas para establecer programas regulares de sustento con carácter urgente.

La Dra. **Luna Yudy Vargas**, de la Universidad Javeriana, precisó que hace aproximadamente un mes la OMS sí hizo una convocatoria para referirnos que, hace 2 años, un grupo de expertos viene trabajando sobre la revisión de los patrones de referencia NSHS y se van a cambiar a partir de febrero del próximo año; ellos saben que hay deficiencias que se deben ajustar con respecto a las experiencias de otros países. En cuanto a la intervención de la Dra. Belén dijo que las cifras presentadas son las de larga data, cifras ya concretas de desnutrición que en el promedio Colombia ya ha mejorado y la preocupación que presenta la Dra. Beatriz hace referencia al hambre de corto tiempo, que es nuestra preocupación inmediata y es la que no tenemos cuantificada.

“El Derecho a la Nutrición Terapéutica”

Moderadora: Académica **Sonia Echeverri de Pimiento**⁶

Teniendo en cuenta toda la problemática de la malnutrición, llámese desnutrición u obesidad, que está sufriendo la población colombiana y las políticas institucionales del Gobierno, este panel busca abordar la problemática nutricional de la población hospitalaria.

De esos pacientes que por múltiples razones no

pueden o no deben comer y que necesitan que se les alimente con nutrición artificial, bien sea a través de un catéter puesto directamente en el torrente sanguíneo (nutrición parenteral) o a través de un tubo o sonda puesto en el tracto digestivo; es decir, uno de los tratamientos que recibe el paciente para mantenerse vivo es el soporte metabólico y nutricional.

⁶ Enfermera egresada de la Universidad Industrial de Santander con una Maestría en Bioética de la Universidad El Bosque, coordinadora del Servicio de Soporte Metabólico y Nutricional de la Fundación Santa Fe de Bogotá, con certificación de la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral - CNSN – *Certified Nutrition Support Nurse*.

“Desnutrición Intrahospitalaria”

Julián Sotomayor, M.D.⁷

Para todos es conocido que ha habido dificultades en este tipo de situaciones por esa razón nos acercamos a la Academia y ella de una forma amplia y generosa nos ha brindado todo el apoyo. En primer lugar, la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica se fundó el 3 de abril de 1987.

En América Latina se sabe que existe en el mundo, en promedio, una desnutrición aproximadamente del 30 al 50 % en los pacientes que llegan a los hospitales, intrahospitalariamente la desnutrición es del 48% y 12% de ellos presenta desnutrición hospitalaria grave.

Existen ciertos factores de riesgo que predisponen a que los pacientes tengan una desnutrición intrahospitalaria: el bajo nivel socioeconómico; la enfermedad por sí misma va generando un desgaste en el paciente y hay enfermedades que tienen mucho mayor impacto en el estado nutricional del paciente que otras pero, en términos generales, la enfermedad por sí misma está produciendo desnutrición; la edad avanzada es otro tercer factor y la depresión como enfermedad mental está también asociada en términos generales con el desarrollo de esta problemática. No existe una sospecha clínica ni diagnóstico por parte del grupo de personas que están atendiendo al paciente.

Hay otro factor que tiene que ver con la desnutrición y es la suspensión del alimento durante períodos prolongados. Esta desnutrición tiene cuatro efectos importantes:

Aumenta la morbilidad, la mortalidad de los pacientes quirúrgicos es mayor cuando se encuentran en estado de desnutrición, aumenta la estancia hospitalaria y los costos de la hospitalización del paciente.

Desde 1974 prácticamente el consenso no ha cambiado: a pesar de la alta prevalencia la desnutrición rara vez es reconocida e identificada por los equipos médicos; como consecuencia, el soporte nutricional es de baja formulación aumentando el problema y esto hace que no tengamos intervenciones nutricionales sobre los pacientes y que esa situación no la hayamos podido modificar por múltiples razones.

Ante todas estas inquietudes, la Federación Latinoamericana de Nutrición Enteral y Parenteral decidió elevar un estudio en toda América Latina el cual se hizo en 13 países tratando de hacer una evaluación global subjetiva, forma relativamente rápida y

sencilla de ver la condición y el diagnóstico nutricional de los pacientes y se trató de establecer algunos factores como el porcentaje de pérdida de peso en los últimos 6 meses y la severidad de la enfermedad como los factores que más pudieran influir. Ese estudio se realizó en 7 países de Suramérica y en 6 países de Centroamérica y el Caribe: en total se logró reunir 9.348 pacientes entre los cuales se identificó que el 50,2% que se hospitalizaron estaban desnutridos, 11,2% de los cuales con desnutrición grave. Colombia no participó. Nosotros podemos pensar que estamos en unos porcentajes muy similares.

De los 9.348 pacientes sólo en el 23% de las historias clínicas se logró dejar una consignación de que había desnutrición, es decir, que en el 77% de los pacientes, nadie se dio cuenta que estaban desnutridos. El peso al ingreso de los pacientes sólo se tomó en el 26%, es decir, en el 74% no se tomó el peso.

A pesar de la alta prevalencia de la desnutrición y de habérsela diagnosticado sólo se dio terapia nutricional en el 7,3% de los pacientes, es decir, a pesar de encontrar el problema y que se haya diagnosticado, no hacemos ninguna terapéutica ni ninguna intervención al respecto.

Este estudio mostró que había unos factores de riesgo para la desnutrición: la edad, infección, cáncer, y la estancia hospitalaria prolongada, antes de que se hiciera la valoración nutricional, mayor era la posibilidad de que el paciente se desnutriera e igualmente llamó la atención de que los pacientes tratados en medicina interna eran más vulnerables que los de otras áreas.

De todos los países que participaron, solamente Brasil y Costa Rica, tenían una legislación clara respecto del soporte nutricional y de la terapéutica nutricional como tal. República Dominicana, Paraguay y Uruguay muestran un aspecto preocupante y es que el Gobierno no paga la terapia nutricional empleada.

Hay una falta de conciencia médica muy importante con respecto a los problemas nutricionales y parte del problema se debe a una falta de educación formal en nutrición en los programas de pre y posgrado en las diferentes áreas de la salud.

Las conclusiones del estudio son las de que la desnutrición hospitalaria es altamente prevalente y debería ser manejada como un importante indicador de salud; deben crearse estrategias para generar

⁷ Cirujano general, Jefe del Área Quirúrgica, Clínica de Marly. Presidente de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica.

políticas gubernamentales y organizar los grupos de soporte nutricional y la práctica de la terapia nutricional; deben crearse políticas educativas para incluir, dentro del currículum de medicina la nutrición clínica.

Para este Foro me permito hacer varios cuestionamientos:

- ¿La nutrición clínica está legislada en Colombia?
- ¿Es factible nutrir a los pacientes que lo requieren

intrahospitalariamente en Colombia?

- ¿Podemos darles nutrición?
- ¿Estamos autorizados por la Ley para hacerlo?
- ¿El paciente tiene derecho a recibir una nutrición en un hospital o no?
- ¿Estamos nosotros como Paraguay, Uruguay y República Dominicana o nos acercamos más al Brasil?
- ¿Qué podemos hacer para solucionar el problema?

“La Ley 100 y la situación de soporte nutricional”

Dr. Arturo Vergara⁸

Gran parte del tiempo uno se dedica a resolver las inquietudes de tipo legal que las personas tienen, cuando se habla de soporte nutricional:

¿Qué hay en la Ley?

¿Existe algún sustento o algún respaldo para que a nuestros pacientes a los que ya sabemos la importancia de nutrirlos se la podamos dar?

Hemos venido trabajando por varios años con los Drs. Jaramillo, Sotomayor y Rugeles, para recopilar alguna información.

Empecemos con la Constitución Política de 1991, Artículo 44, son Derechos fundamentales de los niños, la vida, la integridad física, la salud, la actividad social, la alimentación y su cuidado, la seguridad social, así como la alimentación equilibrada. Artículo 46, el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia a las personas de la tercera edad; el Estado les garantizará los servicios para la Seguridad Social Integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia.

El Artículo 48 dice que la Seguridad Social es un derecho irrenunciable de los ciudadanos, luego el Estado asume esa responsabilidad y por lo tanto tiene que hacerlo.

En la Constitución ya hay una preocupación en la parte nutricional, porque la salud es un derecho del ciudadano y su atención es un servicio público a cargo del Estado, dice el Artículo 49 y, también es establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control.

Aquellas entidades que se niegan a prestarle a un paciente la alimentación como medicamento, están sujetas a que el Gobierno las pueda intervenir y el Gobierno debe hacerlo en el caso en lo que ellos juz-

guen que este tipo de situaciones se está presentando.

El espíritu de la Ley 100 de 1993 es brindar a la población la oportunidad de gozar de calidad de vida, mediante el cumplimiento de planes y programas para obtener una cobertura integral de las contingencias con el fin de lograr bienestar e integración de la comunidad; es lo que dice el espíritu de la Ley 100 el cual trata de hacer una cobertura de todas las contingencias; pero viene entonces lo que se llama la maledicencia de las interpretaciones y es cómo la gente que está a cargo de entregarle el producto final a los pacientes interpreta la Ley y las normas a su acomodo para tratar de evitar darle al paciente lo que el paciente tiene derecho. Tal vez ellos vieron una gran oportunidad de negocio pero no pensaron que los pacientes se iban a enfermar y que tocaba gastar y ahí vino el grave problema que tenemos para el suministro adecuado de los medicamentos.

Los principios de la Asociación Colombiana de Nutrición dicen que la función primaria de la alimentación es la nutrición, ¿cómo es posible un buen estado de salud sin una alimentación adecuada?

Mantener o recuperar un estado nutricional adecuado por medios alimentarios y nutricionales es por lo tanto un derecho del ciudadano y, la Constitución dice que los derechos deben ser iguales, con equidad. Por las enormes consecuencias sobre la salud, la omisión del cuidado nutricional constituye un grave descuido en la atención de un paciente; por lo tanto, si nosotros no luchamos por dar al mismo un cuidado integral, estaremos omitiendo dentro de nuestras actuaciones, el hacer que el paciente tenga un buen cuidado nutricional; por eso, gran parte del problema es que nosotros nos olvidamos del estado nutricional del

⁸ Cirujano general, jefe del Servicio de Soporte Metabólico y Nutricional de la Fundación Santa Fe de Bogotá.

paciente y lo dejamos de lado por mirar otra clase de situaciones.

¿Qué ha venido ocurriendo?

La Dra. Sara Ordóñez, en su tiempo, como Ministra de Salud, reglamentó, mediante decreto, todos los procedimientos que se hacen en salud; aquí fue en donde por primera vez se incluyeron los medicamentos POS y se decía que tenía que tener el código, el tipo de medicamento, el número de unidades, el valor unitario y el valor total. Fueron los primeros momentos en los cuales la Ley intentó hacer algo con el fin de poder sacar adelante la regulación de los medicamentos.

Posteriormente, se recibió en la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica, una invitación del Ministro de Salud, para que se mirara o abordara el problema nutricional ya que no existían sino solamente dos parámetros en ese momento que determinarían qué pasaba con el estado nutricional y estos eran, nutrición, determinación del régimen dietético y nutrición interconsulta del soporte nutricional en el paciente hospitalizado. Siendo Ministro el Dr. Virgilio Galvis, de dos procedimientos reconocidos se pudo pasar a una serie de procedimientos que se agruparon bajo los ítems de soporte nutricional y que al estar codificados se reconocieran y se pudieran no sólo estadificar sino que se pudieran cobrar eventualmente de acuerdo con las tarifas y los convenios a que se llegara con las distintas entidades o CUPS, Códigos Únicos de Procedimiento de la Resolución 01896 de 2001, en donde se incluyeron muchos de los procedimientos actuales y que desgraciadamente en algunas partes todavía no se reconocen y no están instituidos en las distintas entidades prestadoras de salud (EPS) pero que como tales existen dentro de la Ley y que podemos hacer valer si tenemos conocimiento de esto. La sustitución de un tubo de gastrostomía está codificado por lo que este procedimiento puede ser no sólo cobrado sino que puede ser localizado y puede ser tenido en cuenta estadísticamente. La infusión parenteral de sustancias nutritivas concentradas que incluye la preparación de base, cuidados y control de la infección, hiperalimentación, nutrición parenteral periférica y nutrición parenteral total, facultando por lo tanto a las IPS a que estos procedimientos puedan ser reconocidos, tengan un pago y que no sean una responsabilidad de las instituciones como ocurre en Paraguay y otros países sino que aquí también podemos hacerlos con nuestros CUPS.

¿Cuándo se indica la terapia nutricional?

Cuando un enfermo no puede cubrir sus requerimientos nutricionales mediante la ingesta voluntaria de alimentos, será necesario implementar una terapia nutricional que puede realizarse a través de un catéter

o a través del tracto gastrointestinal. La desnutrición causa deterioro del estado funcional y la calidad de vida hasta el punto de que si no se contrarresta causa la muerte.

Una enfermedad tan grave que afecta los procesos tiene que estar reconocida y se ha intentado por distintos métodos introducir dentro de las normas.

La desnutrición hospitalaria es adversa para el paciente, y la IPS en lugar de tomar la Ley lo que están haciendo es taparse los ojos y seguirle el juego a distintas empresas, no reconociendo los distintos suplementos o complementos nutricionales.

Diferencia entre alimento y nutrición enteral

El alimento fue definido mediante el Decreto 3057 de 1997 por el desaparecido Ministerio de Salud ahora adscrito al Ministerio de la Protección Social, en el que ha desaparecido la parte médica.

El Ministerio de Salud en su época define que el alimento es todo producto natural o artificial, elaborado o no, que ingerido, aporte al individuo humano los nutrientes y la energía necesaria para el desarrollo de los procesos biológicos.

Y también el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 11488 del 22 de agosto de 1984, parte 1, Artículo 5, define que "algunos alimentos deben ser considerados como medicamentos y son aquellos que contengan o se les hayan incorporado medicamentos o sustancias no nutrientes que posean una acción terapéutica, así como aquel que en virtud de su composición especial en principios alimenticios o nutrientes se administre con finalidad medicamentosa o se anuncie con propiedades terapéuticas será considerado como un medicamento"; luego, al ser considerado como un medicamento, tenemos la obligación de formularlo como tal y así no esté en el POS o se interprete que no está incluido en éste y es un medicamento esencial para la vida del paciente, debe ser reconocido y debe ser pagado al paciente porque de éste depende la vida del mismo y, por lo tanto, está muy claramente definido, y así lo reconoce el INVIMA el cual le pide a los distintos laboratorios que registren sus productos como medicamentos y se les asigna un código para que puedan ser comercializados en el país.

El Artículo 35 del Manual del Seguro Social, en el Parágrafo 4º, dice que en el POS la nutrición enteral y parenteral está totalmente cubierta y que como son medicamentos de alto costo es necesario justificarlos. Simplemente pide que en el momento de ser formulados se elabore un formulario para el cual se justifique por qué se hizo y por lo tanto se decreta que existen una serie de manuales tarifarios para poder hacer los distintos cobros y reconocer el pago a las IPS.

El Acuerdo 83 del 23 de diciembre de 1997 define los medicamentos esenciales y dice cómo se deben formular.

Según el Artículo 4º de la Legislación, se deben autorizar medicamentos no POS de uso intrahospitalario si la prescripción de estos medicamentos trae consecuencias graves al no administrarlo al paciente. Así se interprete que no está en el POS se ve muy claramente cómo todos estos artículos hacen que se puedan formular estos medicamentos y que tengan que ser obligatoriamente cancelados por las EPS.

La nutrición clínica se clasifica en Salud y tiene un código propio por lo que se reconoce que es una actividad que va en beneficio del paciente y así mismo en la clasificación de las enfermedades la desnutrición como una enfermedad y, toda enfermedad al ser definida como tal, tiene una terapéutica y es obligatorio que para esta enfermedad la terapéutica sea reconocida.

¿Qué existe en el POS?

El POS intentó incluir determinado tipo de medicamentos. Desgraciadamente, es un manual que por limitaciones de espacio y de tiempo no podía definir todas las características de los medicamentos y que al ser comprimido hizo que algunas características de los mismos no aparecieran, dando lugar a la mala interpretación y a que algunos administradores se nieguen a reconocer este medicamento. En el POS existen las vitaminas, administradas por vía oral, los aminoácidos para ser administrados por vía parenteral y los aminoácidos esenciales con o sin electrolitos para solución oral. Las empresas prestadoras y sus auditores alegan que no los cubren porque no son aminoácidos esenciales puros. Habría que poner de aquí para abajo una lista de más de 50 ítems para que fueran reconocidos como tales y el espíritu del POS era reconocer el soporte nutricional pero la interpretación es la que hace que se cambie. Aquí se comete un error de tipografía, la dextrosa en agua destilada al 33% no existe; era una dextrosa al 50%; en su momento, el Ministerio lo aclara, sin embargo, en este momento no se reconoce, toca justificarlo. Fíjense hasta qué extremo hemos llegado, no reconocer lo que está reconocido y que son medicamentos a los que tenemos derecho en el Sistema de Salud.

El Acuerdo 228 de 2002 dice que “para garantizar el derecho a la vida y a la salud de las personas podrán formularse medicamentos no incluidos en el Manual del POS previa aprobación de un Comité Técnico Científico”. Esto se hace con el fin de que las EPS, las ARS, las IPS, pasen a través del Comité Técnico Científico y puedan hacer el recobro correspondiente a través del FOSYGA, al cual estamos todos aportando y cuyo espíritu no fue ese, fue favorecer a las personas

que menos recursos tenían, pero les permite hacer el recobro de estos medicamentos no incluidos en el POS hasta en un 50% y para ello nos piden que hagamos la justificación; sin embargo, una sentencia emitida el 9 de mayo de 2002, sentencia T-344, dice que “el Comité Técnico Científico no es la autoridad médica competente para dictaminar si la vida del paciente está o no en riesgo y su función se limita a constatar que el diagnóstico fue proferido por un médico tratante por medio de la historia clínica”. Resulta inadmisibles a la luz de la Constitución que los derechos de las personas a la vida, integridad y salud, dependan de decisiones de tipo administrativo que carecen de un asidero científico de mayor peso, por lo tanto, se les dificulta el recobro a través del POS.

Y el Acuerdo 228 de 2002 dice que “cuando se le da un medicamento a un paciente hospitalizado se le tiene que garantizar que hay que dárselo ambulatorio”, por eso, muchas EPS en este momento no reconocen el hospitalario para no dar el ambulatorio que implica mayores costos. “Las EPS tienen la obligación de suministrar a sus afiliados medicamentos excluidos en el POS cuando la falta del mismo amenace los derechos fundamentales y el medicamento no pueda ser sustituido por otro” (Sentencia T-344) lo cual constituye cierto grado de jurisprudencia constitucional y hace que el proceso se lleve más a cabo, ya que la nutrición es vital para los seres humanos y que debe ser completa en cuanto a cada nutriente para evitar deficiencias, todos los medicamentos utilizados en nutrición son esenciales y, al ser medicamentos esenciales, no pueden ser negados. El hecho de no estar incorporados algunos nutrientes en el Acuerdo 228, no es limitante para que la IPS no los suministre y posteriormente lo facture de acuerdo con los requisitos y disposiciones legales existentes.

Las disposiciones reglamentarias dadas en la Resolución 0506 de 1997 y 2312 de 1998 establecen que “el proceso que permite la preparación y utilización de nutrición artificial y aseguran a las IPS su facturación”. Por lo tanto, no es cierto que no las puedan facturar y no es cierto que no se las vayan a pagar. Si se puede pero tienen una serie de mecanismos que tenemos que utilizar.

El Dr. **Arturo Vergara** finalizó con la siguiente sentencia del Dr. Vladimiro Naranjo Mesa, fallecido recientemente, y que en su momento dijo: “*La vida que constitucionalmente se garantiza no se reduce a la pura existencia biológica sino que expande su ámbito para abrigar las condiciones que la hacen digna*”. El doctor Vladimiro Naranjo, fue uno de los hombres que más tuvo que luchar para que su EPS le reconociera el derecho a la nutrición artificial que fue su fuente de vida durante más de año y medio.

“Aspectos legales de la formulación de los medicamentos en la Ley 100”

Herman Redondo Gómez. MD⁹

Parecería que de un momento a otro el mundo se dio cuenta que había 840 millones de personas desnutridas e igualmente en el país nos dimos cuenta que estábamos sufriendo un problema similar.

¿Es necesaria y por qué una política farmacéutica nacional?

El suministro de medicamentos forma parte de la expresión del derecho a la salud y representa una fracción relevante del total del gasto sanitario siendo el principal renglón después del tema de los recursos humanos.

Cuando miramos el gasto total en salud en relación con el producto interno bruto encontramos que Colombia se sostiene sobre el 8% del PIB, el gasto total de salud, es decir, son unos \$17 billones de pesos y el gasto en medicamentos, si está entre el 10 y el 12%, estamos gastando unos 2 billones de pesos en el tema de medicamentos. Por eso es tan importante en el TLC este tema relacionado con la propiedad intelectual, somos el 4º mercado en América Latina, después de Brasil, México y Argentina.

La prescripción es la parte final del proceso de atención en salud y los medicamentos representan la respuesta tecnológica de mayor utilización en salud y también el ritmo del avance tecnológico y el crecimiento del costo de las terapias hacen imperativa esta política.

¿Qué dice la política farmacéutica nacional en términos generales, elaborada por el Dr. Juan Luis Londoño y su equipo?

El propósito de la política farmacéutica nacional es optimizar la utilización de los medicamentos, reducir las inequidades, en el acceso, y asegurar la calidad de los mismos en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sus objetivos centrales son: asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población colombiana con énfasis en los de interés en salud pública; garantizar la calidad, la seguridad y la eficacia de los medicamentos en el territorio nacional, principal función finalmente de un Gobierno en materia de medicamentos. Objetivos centrales son desarrollar y aplicar estrategias orientadas a toda la población.

La Ley 100, en su Artículo 162, estableció la necesidad de que existiera un manual de medicamentos.

En el concepto de aseguramiento es necesario precisar para poder evaluar el costo del POS, por consiguiente es necesario el manual; otra cosa es que el manual de medicamentos debe ser flexible y actualizable.

Tenemos que utilizar, optimizar y presionar que los Comités Técnicos Científicos funcionen para que ellos autoricen los medicamentos que no están en el POS; de alguna manera estos Comités, que los han querido acabar en varias oportunidades por presión de las EPS, porque ellos están autorizados para autorizar cualquier medicamento que no esté en el POS, obviamente previa una justificación y dice cómo se paga, si el precio de compra del medicamento no está incluido en el manual, teniendo en cuenta si el valor total del tratamiento es menor o igual al precio del medicamento, es responsabilidad de la EPS, si es mayor, la diferencia se la paga a la EPS el FOSYGA.

Hay instituciones como la Clínica San Pedro Claver que todos los meses tiene una cuenta de \$900 millones de pesos por medicamentos no POS. Hoy en día el costo total de las cuentas que llegan al FOSYGA por medicamentos supera en el año los \$80 mil millones de pesos; incluso, es una razón para que un medicamento ingrese al POS; cuando es un medicamento que se prescribe con demasiada frecuencia es mejor tenerlo en el POS que no tenerlo, pero hay que optimizar y hay que presionar para que estos Comités Técnicos Científicos funcionen. Pero las EPS no gustan de estos Comités ni que se prescriba por fuera del POS ya que tienen un proceso de recobro que a veces es engorroso y que pareciera que es a sabiendas que hay que hacerlo engorroso para no “estimular la prescripción de medicamentos no POS”, pero al contrario, nuestro interés es salvaguardar los intereses del paciente y si está indicado el medicamento utilizar este instrumento que nos dio la normatividad.

El manual de medicamentos está distribuido fundamentalmente en cuatro grandes temas: los que van acompañando a las enfermedades de interés en salud pública; los de uso ambulatorio; los de uso hospitalario; aquellos que explícitamente no estén con nombre y apellido, las EPS no los reconoce y hay que utilizar para ellos los Comités Técnicos Científicos.

El acuerdo vigente 228, define qué es un medicamento esencial y define la obligatoriedad de utilizar la denominación común internacional.

⁹ Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Antonio Nariño

¿Cómo se hace para incluir un nuevo medicamento?

Que sea a través de una Sociedad Científica pero teóricamente cualquier persona natural o jurídica lo puede solicitar, sólo que una Sociedad Científica le da el aval científico. Siguiendo estos requisitos en términos generales que corresponda a las necesidades de la población y que guarde relación con el perfil epidemiológico, que esté disponible en el mercado. Tiene una serie de requisitos establecidos en el Manual de Ética de la Comisión Asesora de Medicamentos. Existe un trámite establecido. Se llena el formulario en el que hay que hacer énfasis en la justificación técnica y científica del medicamento que se presenta y el estudio de costo-efectividad para ser incluido en el POS y, finalmente, pasa al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud quien toma la decisión.

La política se definió con el Decreto 2085, la que está hoy en discusión en el TLC. Este Decreto significó que el país, para acceder a los beneficios arancelarios, cedió ante la presión de los Estados Unidos y definió que es una nueva entidad química que es, el principio activo que no ha sido incluido en normas farmacológicas en Colombia. Cuando un medicamento ingresa

por primera vez tiene una protección de 20 años, así no haya sido utilizado en Colombia; aquí los restringimos a los que no han llegado a Colombia lo cual nos deja una inmensa gabela.

Recomendaciones de la Asociación Médica Colombiana - AMC

Se debe unificar la política farmacéutica nacional. Deberíamos recuperar el Ministerio de la Salud para que éste sea el que defina y trace las políticas reguladoras y oriente todas las organizaciones de instituciones públicas que manejan el tema de medicamentos.

Proteger ante todo el derecho a la salud, al consumidor; la autonomía en la prescripción; proteger la industria nacional; implementar una política de genéricos lo cual hace que se cumpla uno de los objetivos de la política farmacéutica nacional que es la accesibilidad del medicamento a la población pobre y vulnerable y no ceder más de lo que ya se cedió, es decir mantenernos en lo que el acuerdo de derechos de propiedad intelectual relacionado con el comercio definió la organización mundial del comercio.

La desnutrición no se trata con pastillas sino con la proteína nuestra de cada día.

Panel El derecho a la nutrición terapéutica

Moderadora: Académica Sonia Echeverri de Pimiento

¿Definitivamente la nutrición terapéutica es un derecho y si lo es qué tipo de derecho es?

Dr. Julián Sotomayor: Uno de los derechos fundamentales que están en la constitución es la salud y para tener salud es necesaria, sin duda alguna, la nutrición y si el paciente está desnutrido intrahospitalariamente, la posibilidad de poder recuperar al paciente es mucho más baja si el paciente se encuentra en una situación nutricional peor. Sin duda alguna es un derecho fundamental la nutrición del paciente intrahospitalario.

Dr. Arturo Vergara: El Consejo de Europa reunió al Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 y una de las premisas fundamentales dice: "Dado que el acceso seguro y garantizado a los alimentos es un derecho humano fundamental, es un derecho tener una buena nutrición, y por lo tanto, no le puede ser negado a una persona y menos a un enfermo. Los problemas de los adultos mayores hospitalizados, en gran parte, son por desnutrición física, porque no hay

una adecuación de su alimentación. Se puede mejorar la calidad de vida y la evolución de una enfermedad de un paciente simplemente dándole la comida apropiada, por la ruta apropiada y en el momento apropiado.

Dr. José Félix Patiño: Todo surgió de la actitud de las aseguradoras al separar la terapéutica de la nutrición, por lo tanto, la nutrición es un instrumento terapéutico. No se puede pensar que se tenga derecho a un tratamiento hospitalario dejando de lado la nutrición. No hay otro país del mundo donde exista esa división. La nutrición hace parte de la terapia de un paciente sobre todo en hospitales con enfermos de alta complejidad pero también es un instrumento terapéutico en las consultas externas, en la salud comunitaria, en la salud familiar. Es una división artificial que ha surgido como una maniobra de las EPS para no pagar la nutrición.

Dr. Heriberto Pimiento: al hablar de derechos, desde el punto de vista jurídico el asunto es mucho más profundo hoy porque es un derecho fundamental;

el problema es que en el país resolvieron que los derechos de segunda generación no son tutelables, son de inmediato cumplimiento, es quizás el error más grave cometido, lo cual no quiere decir que no sean de cumplimiento progresivo. En el caso de la terapia nutricional y aún de la nutrición común y corriente, la nutrición es ciento por ciento tutelable, si lo miramos en conexidad con la vida, es parte de la vida, la solución no es respirar, es una vida digna y antes que los derechos fundamentales hay cuatro pilares del Estado social de derecho, que tienen que ver: 1. con la dignidad humana, 2. con la solidaridad, 3. con el respeto al bien común y 4. con el trabajo. Y el derecho a la vida no se considera un derecho sino se considera una premisa fundamental para que haya derecho; si no, no puede haber derechos a la vida, como está planteada no solamente en Colombia. En el constitucionalismo moderno, cuando se habla de vida, se habla de vida digna con todo lo que implica y obviamente se habla de mínimos vitales; el problema es que en Colombia se ha creído que el mínimo vital es el salario mínimo, una cosa es un salario mínimo y otra los mínimos vitales que son propios de cada persona y es natural que el enfermo cuando necesita la nutrición enteral es parte de lo esencial que él necesita para su recuperación y es un derecho ciento por ciento tutelable. Infortunadamente la desnutrición en el país, el estado de miseria lo está sufriendo el 27% de la población y el de pobreza el 68%, uno no entiende cómo si hay nutrición en el 50 cuando el 68% no tiene ni siquiera 2 dólares para vivir diariamente. En cuanto se trate de terapia es una obligación de primera estancia, de primera generación, con conexidad con la vida y con lo que es un Estado social de derecho y para eso no hay que ir muy lejos, está la Constitución que es más que suficiente.

La nutrición artificial ¿medicamento o alimento? o ¿es un alimento que se ofrece como medicamento? ¿Es válido engañar entonces a la población, al consumidor, al decirle que no se lo puede pagar porque la nutrición es un alimento y las EPS no pagan alimentos complementarios?

Dr. Arturo Vergara: quedó claro en este Foro la definición de alimento y medicamento. El alimento puede ser utilizado en determinado momento como un medicamento, así como el oxígeno es un elemento químico que está presente en el aire, en determinado momento se convierte en un medicamento, nadie dudaría en decirle a un enfermo que no le paga el oxígeno que se convierte en determinado momento en un medicamento, en nutrientes con propiedades farmacológicas. Queda claro, de acuerdo con lo definido por el Ministerio de Salud.

Dr. Julián Sotomayor: en este momento la situación no ha cambiado mucho, seguimos con las mismas

dificultades. ¿Qué pasa con la justificación del medicamento? Es tan complejo el proceso que nunca lo pagan. Es tan difícil la lucha que los hospitales perdieron la batalla y decidieron no volver a formular nutrición enteral. No podemos volver otra vez al licuado de pollo cuando está más que demostrado que ese tipo de nutrición conlleva a la desnutrición en los pacientes hospitalizados.

Dr. José Félix Patiño: por definición un medicamento se emplea en una persona que está enferma. Si la persona no está enferma no se emplea un medicamento. Se necesita darle algo al paciente para que mejore y ya, por definición, es un medicamento. Si un paciente no tolera sino un determinado material o producto, eso es un medicamento porque es lo que está salvando la vida del paciente. Es una definición natural y no tenemos que entrar a buscar diferencias entre medicamento y alimento, si ese es un medicamento que va por vía enteral o intravenosa, eso ya no tiene ninguna importancia cuál sea la vía.

Pregunta para el Dr. Redondo: *Usted hablaba del proceso de inclusión de los medicamentos en el POS, pero realmente no es tan fácil ¿cuál es el compromiso y cómo vamos a trabajar para lograr avanzar en esto?*

Dr. Herman Redondo: entre el Acuerdo 83, cuando se estableció el Manual de Medicamentos y cuando se produjo la primera gran modificación que fue el Acuerdo 228 que es el que está vigente, pasaron 5 años sin que se actualizara ni se revisara el Manual de Medicamentos. Para poder incluir el "stent" vascular tuvimos que esperar casi 3 años haciendo solicitudes todas perfectamente justificadas. Es muy difícil porque ha imperado el criterio de mantener el equilibrio económico del sistema y se ha culturizado al Consejo de que cuando ingresa un medicamento el costo del medicamento impacta el valor del POS y podría generar eventualmente el riesgo de la pérdida del equilibrio financiero, cosa que no es cierta, porque para nosotros es absolutamente cierta de que cuando llega un medicamento nuevo, que al contrario gana años de vida saludable, que mejora más pronto al enfermo, que evita una hospitalización, todo lo contrario, disminuye costos, pero vaya Usted a explicarle a los técnicos de ACEMI o a los técnicos del Ministerio de Hacienda. Es bien complicado y desafortunadamente al final las decisiones en el Consejo, como en cualquier cuerpo colegiado se toman por medio de votos y generalmente, creemos que ganamos los debates pero perdemos siempre la votación. Modificar el Manual de Medicamentos es algo muy difícil. Existe el procedimiento, que de todas formas hay que hacerlo, pero realmente, el fruto final, que es el Acuerdo que lo modifica, es bien complicado porque hay muchos intereses. Desgraciadamente la cantidad de solicitudes que se hacen, entre otras las de los laboratorios que tienen sus propios intereses individuales, se conjugan con los de las sociedades

científicas que sí quieren enriquecer el instrumental terapéutico para acceso de los médicos.

Dr. **Óscar Andia**, miembro de la Federación Médica Colombiana en representación del Dr. **Sergio Isaza**: La Federación Médica ha hecho un esfuerzo consistente en el tema del manejo de medicamentos y ha hecho una propuesta concreta de política farmacéutica nacional; la fijación de esta política ha sido de carácter democrático pero al final, la norma como tal ha sido absolutamente autoritaria y en este momento se puede apreciar que el 99% de las decisiones tomadas y de los propósitos tomados están incumplidos. Hemos podido observar en esta reunión que hay elementos muy ricos para recuperar el papel protagónico que deben tener las Sociedades Científicas en este tema de la inclusión de medicamentos en el POS. Lo que en la práctica está sucediendo es que la Comisión Asesora del tema es prácticamente inoperante: es una Comisión *ad honorem*; en 3 a 5 años de funcionamiento no ha logrado introducir un par de principios activos, más éxito tienen los jueces definiendo el ingreso de los productos al POS, incluso con errores de tipo técnico. El ambiente que se ve aquí es ejemplar en el sentido de que las Sociedades Científicas deben tener un rol protagónico en la definición de los criterios y en el análisis de los productos que deben ser incluidos en estado de coma. Lo cierto es que, independientemente de esa buena intención, el nivel de desunión en los médicos ha permitido que, en este momento, no exista esa posibilidad en la práctica. Hay un esfuerzo unitario del cual, en principio, la misma Academia ha sido parte, pero que en este momento necesita el respaldo de todas las organizaciones científicas para que puedan adelantarse este tipo de buenos propósitos porque, nadie más que los médicos, como se ha podido ver en las exposiciones hechas aquí, tiene el criterio suficiente para ver cuáles son los productos que realmente necesitan sus pacientes y nadie más está éticamente designado, formado, estructurado y legislado para cuidar los intereses de sus propios pacientes. En resumen, sí existen instrumentos legales; lo que dijo el Dr. Redondo es cierto, los mecanismos están fijados pero la ejecución está lejana en la medida en que no sean los médicos los que adopten un papel protagónico pero, yo diría más bien, de carácter unitario, de organización más consistente para el logro de estos objetivos.

Nutricionista **Alba Lucía Rueda Gómez**: hace 2 años trabajaron la Asociación de Nutrición Clínica, la Asociación de Nutricionistas Dietistas y la Asociación de Químicos Farmacéuticos e hicieron todo el diligenciamiento de los formularios, hicieron el trabajo en cinco tomos llevando una copia al anterior Ministerio de Salud y el Dr. Álvaro Valencia fue dos veces a justificar esa inclusión de medicamentos en el POS. Aquí ya hubo una unidad, ya se hizo el trabajo de los formularios, ya se presentó, en este momento ¿qué se puede hacer? y si ¿es necesario esperar? Segundo, no solamente

hablemos de nutrición artificial para nuestros pacientes porque financieramente los hospitales también se han metido con la alimentación hospitalaria de los pacientes: antes había un rubro para presupuesto y cada vez lo han limitado más. Cada vez nos dicen que tenemos que darles menos calorías a los pacientes y si no estamos llenando el porcentaje de adecuación también es un problema. En este momento la nutrición está amenazada y además a las nutricionistas cada vez le están limitando más el espacio, aunque gracias a los equipos interdisciplinarios y gracias al trabajo de los grupos de soporte metabólico y nutrición, a las redes formadas y a la educación a los médicos generales se ha facilitado que de alguna manera se detecte a tiempo la desnutrición de los pacientes.

Dr. **Saúl Rugeles** (Profesor de Cirugía de la Universidad Javeriana y Director del Centro Colombiano de Nutrición Integral): Las personas que hemos trabajado en nutrición hemos sentido como que hay una cruzada en contra de la nutrición pero, el problema va más allá del problema de los medicamentos. Si en la consulta ambulatoria se formula cualquier tipo de suplemento nutricional es absolutamente proscrito, si uno manda a un paciente a la nutricionista las consultas a la nutricionista están dosificadas y disminuidas, ni qué hablar de la nutrición intrahospitalaria. Recientemente he podido reunirme con varias EPS a raíz del problema de nuestro hospital y las cosas están cada vez peor en lugar de mejorar. Antes justificando los medicamentos se lograba algo; ahora, todo va cada vez peor, cada EPS dice, yo contrato con ustedes pero no me hago cargo de la nutrición. Vamos en un retroceso porque la nutrición es fundamental para el ser humano para vivir y mucho más cuando está enfermo. Esto tiene un origen puramente economicista, no se debe pagar mucha plata en salud y una de las salidas es no pagar nutrición. Probablemente la única manera para lograr algo es como dice el Dr. Redondo a través de una jurisprudencia, no veo otra manera. Vemos que hospitales que antes tenían una excelente práctica de nutrición hoy en día la han perdido. A los profesionales que hacen nutrición no les pagan por hacer nutrición, cada vez hay menos nutricionistas en los hospitales. Todo el conjunto de la atención nutricional es el que tenemos que mirar incluidos los medicamentos.

Nutricionista **Yolanda Rodríguez Valencia**: lo más importante es mirar lo que está pasando, no solamente en los países en desarrollo en donde vemos que el paciente llega desnutrido a los hospitales pero en estudios en países desarrollados, Canadá, Estados Unidos, Suecia, muestran que el paciente llega nutrido y se desnutre en el hospital. Es importante mostrar que éste no es sólo un problema de los países en desarrollo. Está demostrado que si un paciente no tiene un alimento o una terapia nutricional adecuada se desnutre. Si queremos mejorarle su vida y sacarlo rápido del hospital tenemos que darle alimentación.

Nutricionista **Mercedes Mora** (Directora del Departamento de Nutrición de la Universidad Nacional). Si bien es cierto el problema de la nutrición es básicamente político en este momento, creo que es muy importante también, desde los currículos de las carreras de medicina aumentar la participación de nutrición, que los médicos especialistas en pediatría y en todas las áreas tengan mayor participación en nutrición para afianzar esta parte en los hospitales.

Nutricionista **Claudia Angarita** (Coordinadora Científica del Centro Colombiano de Nutrición Integral) ¿Qué podemos hacer para que los médicos sean inflexibles en la búsqueda del soporte nutricional y de la nutrición? Es importante mirar la ética de estos mismos profesionales en el momento de formular ese soporte nutricional. Por tantos problemas para la formulación nos hemos vuelto indiferentes a ese problema y no estamos luchando por eso.

El Académico **Zolito Cuéllar-Montoya** presentó dos inquietudes: al presentar las normas jurídicas el Dr. Arturo Vergara le dejó la inquietud que si la legislación nuestra tiene desde la Constitución una serie de elementos que no se cumplen y propuso buscar un camino para que lo dicho sea real, sin necesidad de buscar leyes tan complejas sino hacer lo que hizo el Dr. Patiño cuando se gestaba el Proyecto 017, que fue buscar una serie de normas vigentes y leyes o decretos de un año de antigüedad que estaban vigentes. Dejo como una consulta al Dr. Redondo al respecto. En segundo lugar, ofreció el apoyo incondicional de la Academia en lo que se pueda hacer en este campo porque es como un problema de salud pública. En cuanto al hecho de la desnutrición en el hospital preguntó si ¿alguno de ustedes ha estado hospitalizado?

Dr. **Herman Redondo**: Tenemos el procedimiento y las normas legales clínicas y se han hecho los intentos y no se han materializado porque en nuestro país existe algo que se llama voluntad política la cual la ejercen los gobiernos para cumplir o no cumplir las normas que ellos mismos han inventado. ¿Qué hicimos con la Sociedad de Hemodinamia y la Sociedad de Cardiología con el tema del *stent* vascular? insistimos y al fin conseguimos el objetivo, es lo que algunos han acuñado el término de patinar. En el Consejo está representado la Federación Médica Colombiana, la Academia Nacional de Medicina, ASCOFAME, las Facultades de Salud Pública y con voz y voto un representante de la Asociación Médica Colombiana - AMC. Esas instituciones podrían, de alguna forma, tomar la iniciativa, surtir el proceso nuevamente pero que tengamos un acompañamiento desde los miembros del Consejo y de sus asesores, que puede coordinar la Academia, para exigir desde allí e inclusive pedir una invitación directa a las personas que puedan ir a sustentar (como lo hicimos con el *stent* vascular que fue el Presidente de la Sociedad Colombiana de Hemodinamia). Nos toca elaborar toda una estrategia para

tratar de vencer esa falta de voluntad política porque es importante para la población.

Dr. **Heriberto Pimiento**: la inclusión de cualquier medicamento no depende de esa Comisión de Medicamentos, depende del concepto de ellos que sea posible a la larga tampoco depende del Consejo, depende del Ministerio de Hacienda y si aquí no tenemos influencia tampoco se va a lograr nada.

Sobre la efectividad de las acciones, por el lado jurídico insistió el Dr. **Andia** en que es la vía por la cual en este momento entran los productos al POS, sin embargo, una reunión de este tipo no puede terminar en una recomendación de estas características. Para terminar una frase: el tema de la Unidad Médica no es de tipo gremial que viene alguien de la Federación Médica a plantear acá, es una necesidad vital y hay 19 propuestas de Reforma a la Ley 100 de las cuales está excluida la Comisión de la cual estamos hablando. Este tipo de temas es de total desconocimiento entre el cuerpo médico y no hay reflexión ni unidad, se necesita un compromiso general y un cambio de actitud sobre el tema.

La Académica **Sonia de Pimiento** hizo la siguiente reflexión: Definitivamente los servicios de soporte nutricional se han convertido en un peligro para las instituciones puesto que pueden producir un desequilibrio financiero, y por lo tanto, si se formula nutrición pone en peligro el convenio entre la IPS y la EPS, entonces decide la IPS, evitar la confrontación y presionar al médico para que no la formule. Definitivamente esta decisión lesiona la autonomía del médico.

Sobre la intervención del Dr. Eduardo Díaz Uribe, se hace la reflexión acerca de la propuesta de trabajar en el seguimiento al estado nutricional, esto será muy difícil pues cada vez más están sacando los nutricionistas de los hospitales y de todas las instituciones prestadoras de servicios. Se planteó la relación perversa entre los incentivos económicos, la las glosas y las auditorías: es importante que el auditor glose la cuenta y con eso desequilibra la parte financiera y los servicios y la autonomía de la formulación. ¿Cómo se está dejando manipular el médico, y la nutricionista, cómo cambia las fórmulas, cómo engaña a los consumidores, a los pacientes, en decirles que realmente es eso lo que le están formulando a los pacientes?

Viene aquí un componente de incentivos económicos que bien vale la pena que ventilemos. ¿Tienen conocimiento de una presión importante que se haya ejercido sobre el médico a la nutricionista para que no formule o para cambiar la formulación o para negar las cosas que están autorizadas y para no cumplir la ley?

Dr. **Julián Sotomayor**: Hay un doble incentivo, por parte de las EPS para que no se formule y existe un incentivo para que se formulen determinados medicamentos o determinados elementos o suplementos. Cuando se conjuga el bajo aporte económico de los

doctores, porque les pagan muy mal por su consulta pero además de eso viene alguien por fuera que dice que si usted formula mi producto yo le voy a dar más plata y si esa fórmula llega a la farmacia, le voy a dar más dinero, eso empieza a desequilibrar la balanza; pero si además de eso, la *EPS* dice, si Ud. doctor formula tal producto yo a Ud. le mando menos consulta y de pronto lo borro de mi listado, hace que el doctor empiece a entrar en una condición de presión doble. Desde el punto de vista ético se plantea uno, ¿qué pasa cuando el doctor acepta la recomendación de la persona que de fuera le dice formule mi producto y le doy plata, quién le está diciendo a ese doctor que lo está haciendo mal, quién está censurando ese cambio de formulación cuando él pensaba que tenía que formular otra cosa, quién de nosotros está empezando a supervisar una situación que se está viviendo todos los días dentro del país y, nadie dice nada? Más grave aún, llega la persona con la fórmula que el doctor le da y en la farmacia se la cambian porque al despachador de la farmacia le están dando un incentivo económico para eso. Cuando esa situación se empieza a vivir ¿cómo vamos a recuperar nutricionalmente a los pacientes si lo que se está formulando de pronto no es lo adecuado o lo que se está formulando es lo adecuado pero lo que se está surtiendo no es lo que estamos pretendiendo? Esa parte ética, sin duda alguna, deberíamos poder tocarla en algún foro específicamente para poder decir ¿qué vamos a hacer con “esa falta de ética de los doctores” al aceptar esta condición? Y qué pasa cuando la *EPS* o la administradora de salud le dice Ud. no debe formular esto porque si Ud. lo formula me genera mucho gasto y yo a Ud. lo voy a afectar en sus ingresos porque de pronto no le mando más pacientes. Ante esas dos situaciones nosotros tenemos que poder defendernos, tenemos que poder hacer algo y esperamos que ojalá podamos obtener muchas luces a estos problemas porque nos angustia, desde el punto de vista de la Asociación Colombiana de Nutrición Clínica, el futuro de la misma, de las nutricionistas en el país, de la gente que trabaja en nutrición, porque así como la sociedad está viendo la nutrición, la está dejando de lado. Es grandiosa la ayuda de la Academia para poder sacar adelante estos proyectos.

A continuación intervino la Académica **Sonia Echeverri de Pimiento**: se siente temor cuando sale un paciente con manejo domiciliario, porque se sabe que volverá, en uno o dos meses, un año, desnutrido, con 30 kilos de peso menos porque la *EPS* no le cubre la nutrición que se le ordenó en el domicilio.

Quiero decirle a los participantes del Foro, panelistas y asistentes: tenemos un compromiso muy grande respecto a la situación nutricional de la población colombiana y es la preocupación real por la pobreza y el hambre dentro y fuera de las instituciones de salud, pobreza que en últimas ha favorecido, estimulado y

promovido el Sistema de Salud de nuestro país y no sabría decir qué es más perverso si el sistema o los que lo interpretan.

Conclusiones

El Presidente del Foro, Académico **Gustavo Malagón Londoño**, Vice-presidente de la Academia, agradeció a los panelistas y asistentes por las intervenciones enriquecedoras, por haber dejado excelente información al mismo tiempo que nos han planteado grandes interrogantes. Informó que, de acuerdo con el Académico **José Félix Patiño**, este Foro se debe dividir en dos partes, una social en la que se hará el análisis de todo lo planteado y en un futuro se incluirá la parte ética y la explicación biológica de la nutrición que debe ser motivo de un Foro especial.

Es pertinente para terminar, agregó, hacer énfasis sobre unos puntos importantes de lo tratado en el día de hoy: en primer lugar, recalcar que, desde el punto de vista de la presentación sobre las realidades que se viven en el país, sustrato de las que se están sufriendo en el mundo y que no solamente se aplican a los países subdesarrollados sino que se sienten en los desarrollados, llegamos a la definición de que este es un problema que incide en todos los aspectos y en el desequilibrio en el que están sumidos los países y mantiene en esta tremenda situación de insatisfacción de todos los habitantes de la tierra, los unos porque no tienen y los otros porque no saben qué hacer con lo que tienen.

Si analizamos los temas vistos en el día de hoy encontramos que se nos puso de presente un sistema de integración y de canalización alrededor de esfuerzos aislados que se venían adelantando porque lo que se está haciendo en el Distrito es utilizar brotes aislados de la Cámara de Comercio, de las organizaciones privadas, entre otros, para tratar de integrarlas en un esfuerzo común y darles un mejor soporte y hacerlas más viables con un esfuerzo, no desde el punto de vista económico pero sí importante desde el punto de vista de la voluntad política de la administración distrital actual. El Programa “Bogotá sin hambre” debería ser el *slogan* obligado para el país “Colombia sin hambre”.

La Dra. Belén Samper mostró las inequidades en la nutrición, importante porque la inequidad es un sustrato de la injusticia social que se vive en el mundo y es muy esperanzador el anuncio de la Dra. Samper en relación con la nueva encuesta de demografía y salud que se terminará en el año 2005 y que permitirá a los gobiernos y en particular al nuestro tener de presente las fallas graves en el manejo de estos temas y la necesidad de hacer las correcciones oportunas y las implementaciones necesarias.

Fue excelente la comunicación del Dr. Óscar Jaramillo en cuanto a que Colombia es un estado de derecho y que nosotros dentro de esa concepción

encontramos que la parte de nutrición y de alimentación adecuada a nuestra población es un derecho consignado en la misma Declaración de los Derechos Humanos y que hoy está acogida por los países del mundo pero que no se ha podido llevar a la práctica por diferentes circunstancias.

Todos los problemas que plantea el Instituto de Bienestar Familiar, especialmente el relacionado con el espectro del hambre endémica, muestran que el Gobierno está haciendo un esfuerzo grande para tratar de enfrentarse a la situación detectada y a la amenaza de la endemia del hambre. Hay una política de Seguridad Alimenticia que está puesta en marcha tomando el modelo del programa mexicano "Familias en Acción".

Fueron puestas de presentes algunas inquietudes, entre ellas, la necesidad de insistir y recalcar, en forma permanente, sobre la educación en la alimentación.

Tenemos bases legales suficientes para enfocar el problema de desnutrición, la situación que tiene que vivir el propio hospital frente al paciente desnutrido y la imposibilidad de aplicar los tratamientos en un momento dado por el freno por parte de las mismas EPS, en una palabra, el enfrentamiento que existe entre la lógica y el economicismo que lleva a una problemática cada vez más protuberante a la cual está enfrentado seriamente el hospital.

Nos dimos cuenta que hay una legislación suficiente en relación con los medicamentos pero hace falta más decisión del Estado sobre el particular porque se imponen muchas veces las razones, se cree que se han ganado los debates pero se pierde en las votaciones porque se llevan todas las ideas con argumentos y con fuerza suficiente esperando una solución adecuada pero privan intereses políticos que derrumban la ilusión de quienes están pensando en que las cosas se pueden y se deben arreglar.

Parece muy interesante de que se debe unificar la política farmacéutica nacional en relación con el uso de medicamentos y sobre todo que alrededor del tema de la autonomía del profesional se deben establecer las bases para que se pueda ejercer esa autonomía en la formulación. No podemos seguir al arbitrio de

unas órdenes provenientes de los organismos que aspiran a enriquecerse y que tienen contra la pared al profesional de la salud y que por falta de un apoyo grande al concepto de autonomía debamos seguir en detrimento de la salud de nuestros pacientes siendo personas útiles al servicio de los intereses de quienes están buscando otras metas.

El interés de todos ha sido muy grande alrededor de este Foro por lo que merecen una felicitación muy efusiva los organizadores, con la participación de los asistentes que ha sido muy estimulante con sus interrogantes y comentarios muy importantes. Así llenamos el cometido de esta primera parte en donde se pusieron en evidencia los puntos cruciales ventilados en forma generosa y adecuada que nos permiten seguir con la preocupación y con la preparación de una temática mucho más avanzada.

Como Academia, estamos en condiciones de colaborar para los propósitos de seguir buscando las soluciones adecuadas en este aspecto fundamental de la nutrición que nos ha tocado a todos tan de cerca.

Para terminar el Académico **Zoilo Cuéllar-Montoya**, como Presidente de la Academia propuso:

- La creación de un grupo formal asesor para trabajar en el tema, que interactúe con la Comisión de Salud, con una misión clara de realizar reuniones proactivas.
- Buscar elementos jurídicos y analizarlos puntualmente.
- Hacer un análisis y recoger una labor que ya fue hecha por otras asociaciones y que aunque se haya perdido en el Ministerio, reestructurarlas.
- Planear para lograr los objetivos buscando los caminos con argumentos nacidos de toda esta estructura.
- Realizar esta actividad no solamente por sentido gremial sino por nuestro pueblo colombiano para defenderlo de la desnutrición y salvaguardar los resultados de lo que hacemos los médicos, en las salas de cirugía o en los consultorios, que se pierden luego por la desnutrición.