



Artículo especial

Racionalización *versus* racionamiento en la práctica de la nutrición clínica; cuarta lección Jesús Culebras

Mercedes Planas Vilà

Vice-Presidente SENPE. Prof. Colaborador Universidad de Vic. Barcelona. España.

Resumen

La situación económica actual ha dado pie al tema de esta conferencia que se desarrollará en dos grandes apartados: primero, trataremos de ideas generales sobre la racionalización *versus* el racionamiento en la sanidad, y, posteriormente, del racionamiento en la práctica de la nutrición clínica. Racionalizar, según la Real Academia Española de la Lengua, es organizar la producción o el trabajo de manera que aumente los rendimientos o reduzca los costos con el mínimo esfuerzo. Mientras que por racionamiento se entiende la acción y efecto de racionar o limitar el consumo de algo para evitar consecuencias negativas. En Europa, el porcentaje del Producto Interior Bruto destinado a Sanidad cae progresivamente mientras el coste de la Sanidad no para de aumentar. Desde el punto de vista económico, éste sería el principal motivo por el que las autoridades sanitarias parece que no tienen más alternativa que racionar. ¿Hasta qué punto el principio ético de justicia es compatible con el racionamiento? Éticamente, parece que para aceptar el racionamiento debería cumplirse no sólo una distribución justa de los recursos limitados sino también el uso racional de los mismos. Si se acepta que el recorte en prestaciones sanitarias es necesario, deberíamos responder a diversas preguntas: ¿qué es lo ético no recortar?, ¿quién decide lo que es médicamente necesario?, ¿cómo se decide? Sin respuestas coherentes a estas preguntas resulta difícil, éticamente, aceptar el racionamiento a nivel sanitario. Al tratar el racionamiento en la práctica de la nutrición clínica, debemos centrarnos en cómo el racionamiento afecta a la desnutrición, y más concretamente de la desnutrición relacionada con la enfermedad, ya que ello centra el origen de la Nutrición Clínica. Por su importancia e implicaciones se están llevando a cabo, en diversos países entre ellos en España, acciones integradas en la estrategia de la Unión Europea: “Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013” encaminadas a tomar medidas dirigidas a prevenir y tratar la desnutrición. Pero a pesar de ello, las restricciones persisten, situándonos en la necesidad imperativa de utilizar todas las herramientas a nuestro alcance para prevenir el desarrollo de la desnutrición en los pacientes en riesgo, para detectar precozmente los pacientes con desnutrición o riesgo de desarrollarla y para establecer las medidas de actuación más adecuadas.

(*Nutr Hosp.* 2014;29:3-9)

DOI:10.3305/nh.2014.29.1.6934

Palabras clave: Racionalización. Racionamiento. Nutrición clínica. Prestaciones sanitarias. Desnutrición relacionada con la enfermedad. Código Internacional de Ética Médica.

Correspondencia: Mercedes Planas Vilà.
Facultat de Ciències de la Salut. Universitat de Vic.
Barcelona. España.
E-mail: mplanasvila@gmail.com

Recibido: 28-VIII-2013.
Aceptado: 2-X-2013.

RATIONALIZING *VERSUS* RATIONING IN THE PRACTICE OF CLINICAL NUTRITION; FOURTH JESÚS CULEBRAS LECTURE

Abstract

The current economic situation is the reason for this conference that will be split in two main areas: first, we will focus on general concepts on rationalizing *versus* rationing in health care, and secondly, on rationing in the practice of clinical nutrition. According to the Spanish Royal Academy of the Language, to rationalize is to organize the production or the work in a manner such the yields are increased or the costs are reduced with the least effort. However, to ration is the action and effect of rationing or limiting the consumption of something to prevent negative consequences. In Europe, the percentage of the Gross National Product dedicated to health care progressively decreases whereas the costs of health care are ever increasing. From the economic viewpoint, this would be the main reason why the health care authorities have no other option but rationing. Until what extent the ethical principle of justice is compatible with rationing? Ethically, it seems that in order to accept rationing, not only a fair distribution of the limited resources should be achieved, but also a rational use of them. If we accept that limiting the health care allowances is necessary, we should then answer some questions: is it ethical not to limit? Who decides what is medically necessary? How is it decided? With no coherent answers to these questions it is ethically difficult to accept rationing from a healthcare viewpoint. When dealing with rationing in the practice of clinical nutrition, we should focus on how rationing impacts on hyponutrition, and more particularly on disease-related hyponutrition, since this is the focus of Clinical Nutrition. Given its importance and its implications, in several countries, including Spain, actions integrated in the European Union strategy “Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013”, are being performed aimed at taking decisions for preventing and managing hyponutrition. However, restrictions persist with the imperative necessity of using all the tools available to prevent hyponutrition in patients at risk, to early detect malnourished patients or patients at risk for hyponutrition, and to establish the most appropriate actions.

(*Nutr Hosp.* 2014;29:3-9)

DOI:10.3305/nh.2014.29.1.6934

Key words: Rationalizing. Rationing. Clinical nutrition. Health care allowances. Disease-related hyponutrition. International Code on Medical Ethics.

Introducción

Las palabras que sobre mi persona ha dedicado el Dr. Jesús Culebras están llenas de cariño y simpatía, cosa que le agradezco enormemente. Conocí a Jesús hace muchos años durante un curso que sobre “Sepsis y nutrición artificial” tuvo lugar en Jerusalén y, desde entonces he tenido la oportunidad de conocerle en sus muchas versiones, profesional, académica, humana, su gran papel en la SENPE no sólo como co-fundador sino también en su liderazgo en la revista Nutrición Hospitalaria gracias al cual está situada como una de las mejores revistas de nutrición de habla hispana.

Cuando, la Dra. Júlía Álvarez presidente del Comité Científico y Educativo de SENPE, me comunicó haber sido seleccionada para dar esta importante conferencia, la ilusión que sentí fue enorme y dudé mucho sobre qué tema sería más adecuado escoger. Dada mi situación, ya apartada de la práctica hospitalaria y estando tan sólo centrada en la versión de la docencia así como en la SENPE, me pareció que muchos miembros de SENPE podrían, fácilmente, presentar cualquier tema científico con más datos actuales y propios que yo misma. Por ello debía escoger un tema del que pudiera disertar incluso en mi posición laboral presente.

Ante la situación económica actual me pareció que sería oportuno hablar de la “Racionalización versus racionamiento en la práctica de la nutrición clínica”. Pero, también es verdad que una vez dado el título, me dije a mi misma: “¿dónde me he metido?”. Voy a ver pues si consigo salirme de ello lo más dignamente posible.

Dividiré mi charla en dos grandes apartados: Primero, hablaré de ideas generales sobre la racionalización versus el racionamiento en la sanidad. Y, en segundo lugar, del racionamiento en la práctica de la nutrición clínica.

Ideas generales sobre la racionalización versus el racionamiento en la sanidad

Según la Real Academia Española de la Lengua, *racionalización* significa: acción y efecto de racionalizar. Y, por *racionalizar*, se entiende, entre otras versiones, “organizar la producción o el trabajo de manera que aumente los rendimientos o reduzca los costos con el mínimo esfuerzo”. O sea, por un lado organizar (bien sea la producción, bien sea el trabajo) y por otro conseguir que con esta organización se mejoren los rendimientos o el coste de los mismos sea menor.

También, según la Real Academia Española de la Lengua, entendemos por *racionamiento* la acción y efecto de *racionar*. Siendo *racionar*, entre otras definiciones, “limitar el consumo de algo para evitar consecuencias negativas”. Pero, sea cual sea la finalidad, racionar comporta siempre limitar. De hecho, en este país, los mayores aún recordamos lo que era el racionamiento en la época reciente post la guerra civil. Las famosas cartillas de racionamiento, que obligaban a estrategias diversas (picaresca española) para podernos beneficiar de las mismas. Actuales son las imágenes de colas de racionamiento en diversos locales comerciales en países como Cuba. O, en nuestro medio, las recientes manifestaciones contra los recortes de la sanidad. El concepto de limitar refleja muy bien lo que hoy en día, queramos o no, entendemos por racionamiento. Sintetizando, *racionamiento* es siempre “limitar el consumo de algo”.

¿Por qué se tiene que racionar, limitar? Las figuras 1 y 2 ayudan a comprender el problema^{1,2}. En la figura 1 podemos ver cómo ha evolucionado, en Europa, el crecimiento del gasto sanitario como proporción del Producto Interior Bruto (PIB). En el gráfico en claro desde el año 2000 al 2009 y en oscuro del año 2009 al

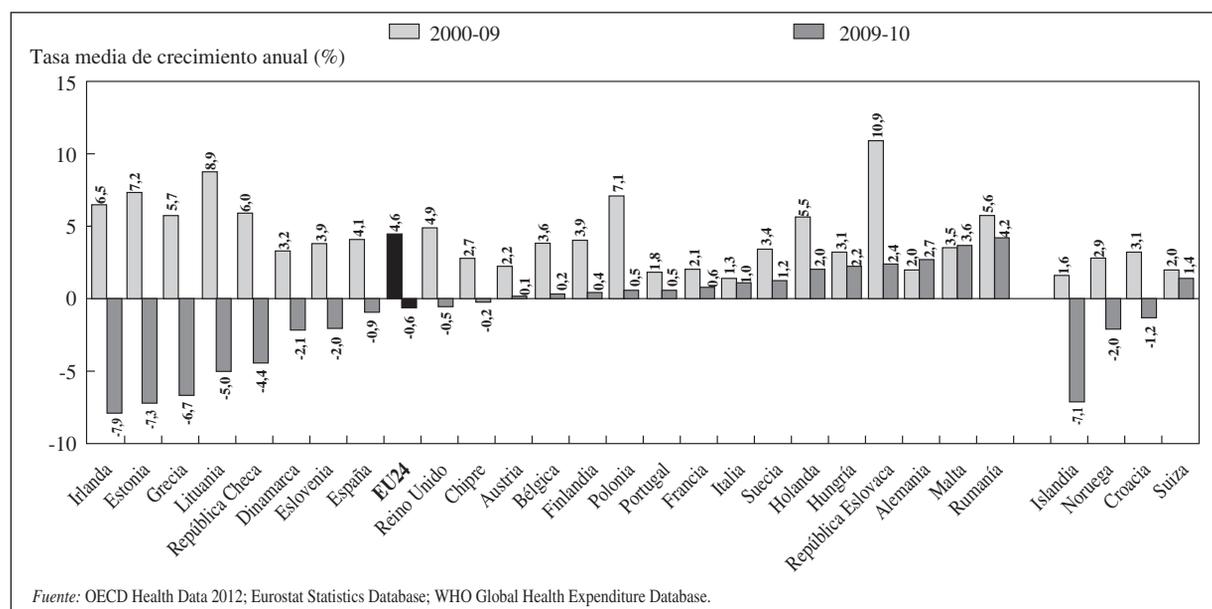


Fig. 1.—Evolución, en Europa, del crecimiento del gasto sanitario como proporción del Producto Interior Bruto (en claro desde el año 2.000 al 2.009 y en oscuro del 2.009 al 2.010; la flecha señala la situación de nuestro país).

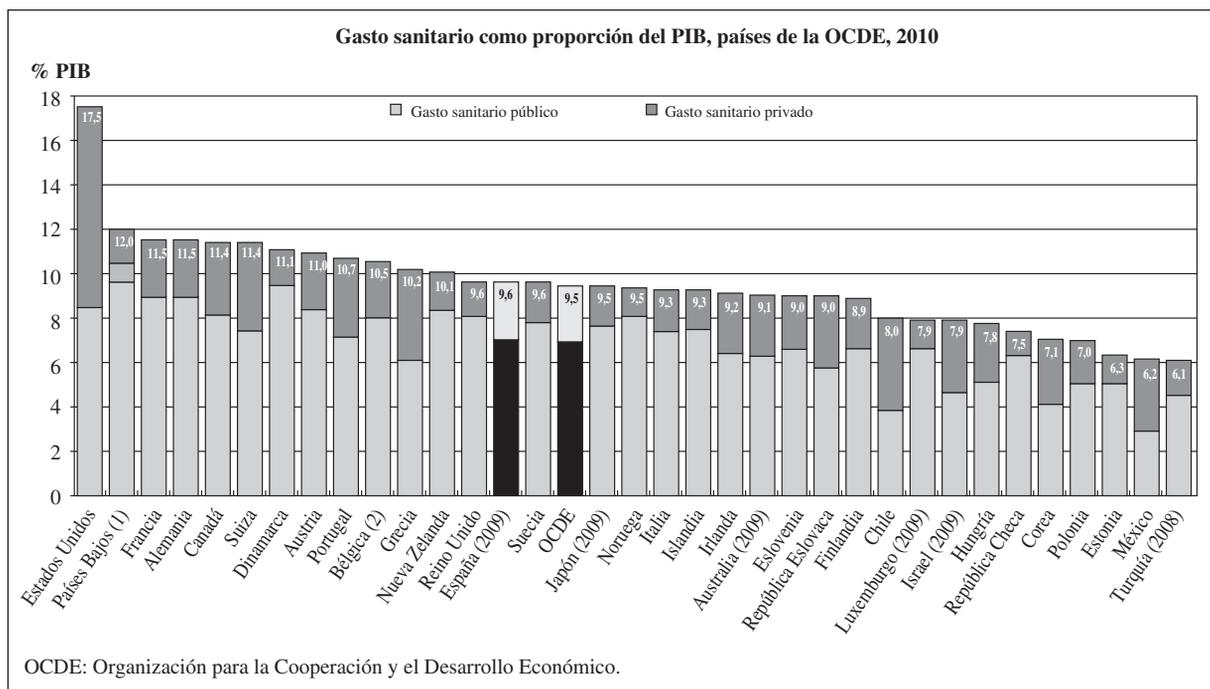


Fig. 2.—Crecimiento (%) del gasto Sanitario como proporción del PIB.

2010. La flecha señala la situación de nuestro país. De hecho se acepta que, en Europa, el porcentaje del PIB destinado a Sanidad cae desde el año 2008. La figura 2 muestra como en el año 2010 nuestro país estaba en el 8,6%, en la parte declive de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. O sea, que, el porcentaje del PIB destinado a sanidad cae a nivel internacional mientras los recursos disminuyen simultáneamente y, al mismo tiempo, el coste de la Sanidad no para de aumentar³. Desde el punto de vista económico, las autoridades sanitarias no tienen, al parecer, otra alternativa que racionar.

El famoso Bioeticista Daniel Callahan de Harvard University, en su artículo: “Symbols, Rationality, and Justice: Rationing Health Care”, ya nos dice que los cuidados universales de la salud para que sean permisibles deben ser limitados. Avisa que en los Estados Unidos de América, en relación a la sanidad, debe aceptarse que racionar es el primer paso necesario para alcanzar una cobertura sanitaria universal. Comenta el autor que si bien algunos comentaristas sostenían que la reforma del sistema sanitario debería realizarse antes que cualquier esfuerzo para racionalizar, la racionalización y la reforma sanitaria no pueden, actualmente, ir separadas; es más, la racionalización es la llave para poder llevar a cabo una reforma sanitaria universal. Recalca, que si lo que queremos es una cobertura sanitaria universal debemos estar preparados para racionar la misma, porque los cuidados sanitarios universales no son ni posibles ni admisibles sin la racionalización o racionamiento. Este argumento se basaría no sólo en la teoría de una sanidad justa sino también en la experiencia de otros países con asistencia sanitaria universal

ya instaurada. Según él, en definitiva, la distribución racionalizada de los recursos sanitarios puede ser necesaria, siempre que éstos sean insuficientes⁴.

El Juramento Hipocrático del siglo V a.C., es un juramento clásicamente llevado a cabo por médicos y profesionales de la salud mediante el cual se comprometen a practicar la medicina de la manera lo más honesta posible⁵. ¿Qué nos dice el Juramento Hipocrático al respecto del racionamiento? Según el mismo, lo primero que el médico debe hacer es “*hacer lo bueno*”, nos referimos al principio de beneficencia, y luego “*no hacer daño*”, según el principio de no maleficencia. Pero el Juramento Hipocrático no habla sobre racionamiento. Es más, según este juramento, el médico debe abstraerse de consideraciones (costo social del tratamiento, probabilidades de retorno a su vida productiva, posibles efectos que repercutan en terceros). Ante recursos limitados y posible reparto de los mismos, el médico no puede considerar el problema de contrarrestar los derechos del paciente frente a los intereses de otros miembros de la sociedad. El problema del médico no es como distribuir los recursos sino como adquirirlos para proporcionarlos.

A partir, básicamente, de los crímenes de guerra acaecidos en la Alemania nazi, en 1948 la Asociación Médica Mundial redactó una versión modificada del Juramento Hipocrático adaptada a aquellos tiempos. Nos referimos a la declaración de Ginebra⁶. Declaración que fue enmendada en 1968 a raíz de las investigaciones llevadas a cabo con seres humanos con los consiguientes escándalos públicos que provocaron, constituyendo lo que se conoce como el Código Internacional de Ética Médica, aún vigente. Los principios

Tabla I
Principios de ética médica

- Beneficencia: haz lo bueno.
- No-maleficencia: no hagas daño.
- Autonomía: derechos del paciente a decidir (en positivo y en negativo).
- Justicia: igual acceso para todos.

hipocráticos se ampliaron a los cuatro grandes principios (tabla I). A los principios de principio de *Beneficencia* y *De no maleficencia* del Juramento Hipocrático se añadieron el principio de *Autonomía* y el de *Justicia*. En los remotos tiempos de Hipócrates se asumía el papel super-paternalista del médico. Lo que el médico decidía siempre era bueno para el paciente. El paciente no podía ni debía cuestionar ninguna actitud del médico. El principio de autonomía o de respeto por las personas consiste en un respeto activo a la libertad de elección de los individuos. Con el principio de autonomía el paciente tiene derechos, derechos tanto positivos (quiero este tratamiento o este cuidado especial) o negativos (puede rechazar un tratamiento sin que por ello se sienta discriminado). También se añadió el principio de *Justicia* que asegure una distribución equitativa de recursos, beneficios y cargas entre todos los individuos de la sociedad. Igual acceso a la sanidad por parte de todos. El principio de justicia responde tanto al crecimiento en la demanda de cuidados sanitarios, como al aumento en la tecnología de diagnósticos y tratamientos y, también, a la limitación de los recursos. Es lo que conocemos como Equidad. Según el principio de justicia debemos tratar igual a todos. El problema surge cuando hay limitación de recursos, ¿cómo se hace la distribución de los mismos?, ¿quién es primero? En todos los países industrializados, el sistema público de salud se enfrenta por un lado a un aumento progresivo, ligado a los avances científicos, de la demanda de servicios y por otro a una limitación de los recursos disponibles. Ello comporta racionalización de los servicios prestados en función de un establecimiento de prioridades⁷.

Deberíamos plantearnos si el principio ético de justicia es compatible con el racionamiento. La principal objeción ética al racionamiento es que el médico jura una absoluta obligación de fidelidad a cada paciente a nivel individual. Ello falla cuando ante la escasez de recursos y su racionalización, algún paciente es privado de algún tipo de cuidado médico, paciente que es real no es una estadística⁸. Éticamente, para aceptar el racionamiento debería cumplirse, por un lado, una distribución justa de los recursos limitados y, por otra, el uso racional de los mismos. En su última edición, la sexta, publicada en 2012, el American College of Physicians en su Manual Ético⁹ abarca, entre otros muchos temas de gran actualidad, la distribución de los recursos limitados. Lo hace en la Sección “El Médico y la Sociedad”. En relación a la

distribución limitada de los recursos sanitarios dice que esta distribución debería realizarse conforme a dos principios básicos: por un lado, responsabilidad de usar los recursos de manera técnicamente apropiada y eficiente evitando su uso innecesario y, por otro, con una distribución de los recursos realizada a nivel político más que a nivel individual. La distribución de los recursos limitados, en definitiva, para que sea realizada basándonos en principios éticos debería hacerse *evitando su uso innecesario y utilizando datos científicos para la correcta distribución de los mismos*. El uso *innecesario* de los recursos debe evitarse siempre, pero, si cabe, más aún cuando los recursos son limitados. Una reciente publicación del NEJM¹⁰, nos pone en aviso sobre el giro que se está produciendo en el debate ético en relación a la distribución de los recursos en situación de escasez. Algunos autores sugieren que más que centrarnos en la racionalización de los recursos, quizás deberíamos centrarnos en evitar, al máximo, el gasto superfluo de los mismos. De hecho, en los Estados Unidos de América se ha detectado que el gasto en intervenciones médicas que no benefician a los pacientes alcanza cifras de alrededor del 30% del presupuesto (lo que en USA representa 800 billones de dólares al año)¹¹. Si bien este despilfarro incluye desde el sobre tratamiento, a fallos en la coordinación o en la ejecución de los cuidados, complejidad administrativa, fraudes y abusos, la mayor parte del gasto innecesario, son los tratamientos (o pruebas diagnósticas) fútiles, ineficaces, que no aportan nada positivo al paciente. Recordemos que se entiende por *tratamiento* (o diagnóstico) *fútil* cuando no hay un propósito útil, cuando es ineficaz. No obstante, debemos hablar de futilidad cuantitativa cuando hay baja probabilidad de éxito con aquella aplicación y de futilidad cualitativa cuando habiendo poca probabilidad de éxito en cuanto a modificar el curso de una determinada patología, se modifica, por ejemplo, sustancialmente la calidad de vida del individuo¹². El concepto de futilidad es pues muy ambiguo porque depende de los objetivos. Un objetivo puede ser curar la enfermedad y otro, como hemos comentado anteriormente, mejorar la calidad de vida del paciente. Además, los objetivos pueden ser muy distintos desde el punto de vista del paciente, o de los familiares, o del médico, o de las compañías aseguradoras. Pero, recordemos que si bien la futilidad representa que una intervención determinada no consigue alcanzar unos objetivos específicos, no debe confundirse con el racionamiento, en el cual una intervención que podría beneficiar es denegada por falta de recursos. Si una intervención es fútil, lo es con o sin recursos. La distribución de los recursos debería realizarse, además, *utilizando datos científicos para la correcta distribución de los mismos*, post discusión profunda y consensuada de los datos científicos disponibles.

Si aceptamos que el recorte en prestaciones sanitarias es necesario, deberíamos llevarlo a cabo respondiendo a las siguientes preguntas: ¿qué es lo apropiado no recortar?, ¿qué es lo ético no recortar? Lo apropiado

y lo ético sería todo aquello que sea médicamente necesario. Pero hay más preguntas, ¿quién decide lo que es médicamente necesario? Hay diversas experiencias mientras que en algunos países, como Alemania, las decisiones sobre prioridades sanitarias son tomadas preferencialmente por los médicos^{13,14}, en otros países como Israel, Suecia o Gran Bretaña en el diseño de las guías de priorización de recursos sanitarios participa el público en general¹⁵. Según Collier¹⁶, en Sanidad, las opiniones sobre qué es médicamente necesario son ampliamente variables. Concluyendo el autor que sea quien sea quien esté involucrado, la mejor decisión será, no sobre si se debe o no reembolsar un producto, sino quién realmente se puede beneficiar de ello. Y además de quién decide, está ¿cómo se decide? El mismo Collier¹⁷ dice que la distribución de los recursos debe responder a una discusión profunda por parte de todos los afectados y con datos científicos disponibles sobre costes-beneficios.

Racionamiento en la práctica de la nutrición clínica

Sin ninguna duda, si vamos a tratar el racionamiento en la práctica de la nutrición clínica, probablemente tengamos que centrarnos en cómo el racionamiento afecta al tratamiento de la *desnutrición*, ya que la desnutrición centra el origen de la Nutrición Clínica. La desnutrición, según definición de M. Elia, es el *déficit* de energía, proteínas y otros nutrientes que causa *efectos adversos medibles* en la *composición* y la *función* de los órganos o los tejidos y en la *evolución clínica*¹⁸. Dentro del capítulo de desnutrición, en los países civilizados son causas frecuentes de desnutrición, los errores innatos del metabolismo, la reducción de la ingesta alimentaria (disponible) (como el caso de un traumatismo facial con cerclaje), las dificultades en la alimentación, digestión y absorción de la comida (un claro ejemplo sería la enteritis rídica) y la *Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE)*.

La DRE es un importante problema sanitario que comporta menor capacidad para prevenir, luchar y recuperarse de una enfermedad. Se presenta bien el curso de una inanición crónica sin que exista inflamación (como es el caso de la anorexia nerviosa), o durante una enfermedad o condición crónica que comporta una inflamación de grado leve o moderado (ejemplos son la EPOC, el cáncer o la obesidad sarcopénica), o, finalmente, durante una enfermedad aguda con un gran componente inflamatorio (los pacientes con grandes superficies quemadas, los politraumatizados, etc.). La desnutrición relacionada con la enfermedad, básicamente, pero no sólo en los pacientes hospitalizados, es el resultado de unas complejas interrelaciones entre enfermedad, ingesta de comida y nutrición^{18,19}. Hoy en día está ampliamente demostrado que si el estado de nutrición es deficiente existe tanto un retraso en la recuperación de la enfermedad, como unas

estancias hospitalarias más prolongadas, un incremento en los reingresos prematuros, mayor susceptibilidad a presentar infecciones así como alteración importante en el grado de independencia y calidad de vida del paciente, contribuyendo todo ello a un aumento de la morbilidad y mortalidad con el consecuente incremento en los costes sanitarios²⁰⁻²². En Europa afecta a alrededor de 30 millones de personas y comporta unos costos asociados de unos 170 billones de euros²³.

Por su importancia, representantes de los ministros de sanidad de los estados de la Unión Europea, expertos en medicina, representantes de administraciones sanitarias y de grupos de asistencia sanitaria, ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism), y ENHA (European Nutrition Health Alliance) bajo la presidencia Europea de Checoslovaquia, firmaron el 11 de junio del 2009 la declaración de Praga y llegaron a la conclusión unánime de que la desnutrición relacionada con la enfermedad es un problema sanitario, público e urgente en Europa. La declaración implica la necesidad de adoptar acciones apropiadas para prevenir la desnutrición como causa innecesaria de morbilidad y mortalidad. Acciones integradas en la estrategia de la Unión Europea: "Together for health: a Strategic Approach for the EU 2008-2013" Resolución que destaca la importancia de la desnutrición en los hospitales así como las medidas a adoptar para prevenirla y tratarla^{24,25}.

En este marco, se han llevado a cabo, en Europa, diversas iniciativas, por ejemplo el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en el Reino Unido, publica una lista de ahorros de costos para apoyar su Sistema Nacional de Salud pero que es extensible a los estados que lo quieran aprovechar, en la toma de decisiones con determinadas medidas terapéuticas en situaciones de incertidumbre financiera. Los gastos derivados de esta guía incluyeron una mejora sistemática en la evaluación y el tratamiento de los pacientes desnutridos. Aplicado ello plenamente comportaría la reducción de las complicaciones tales como infecciones respiratorias secundarias, úlceras por presión, los abscesos de la herida y la insuficiencia cardíaca, con los correspondientes ahorros económicos²⁶.

Otro ejemplo es la experiencia realizada por el grupo directivo contra la desnutrición en Holanda. El grupo que se inició con personal científico y del mundo sanitario de la Sociedad Holandesa de Nutrición Enteral y Parenteral y se ha ampliado acogiendo a políticos con capacidad ejecutiva. Para ello se diseñó un cuestionario muy ágil para la detección de la desnutrición. Esta iniciativa ha comportado que, el riesgo de desnutrición, en Holanda se haya convertido en una indicación oficial de reembolso en los planes básicos de seguros de salud²⁷.

En nuestro país, también se han realizado diversas iniciativas, desde El Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España²⁸ a las Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados²⁹, el Documento SENPE-SEDOM sobre la documentación de la codificación de la desnutrición

hospitalaria³⁰ o, el estudio PREDyCES[®] llevado a cabo con pacientes hospitalizados en 31 centros de nuestro país. Los resultados del estudio permiten observar que, globalmente, al ingreso en el hospital, la prevalencia de desnutrición fue del 23%, siendo mucho más elevada en los mayores de 70 años (37%) y más prevalente en los pacientes con cáncer (35%). En el apartado económico del estudio PREDyCES[®], vemos que el peor escenario es desnutrirse durante la estancia hospitalaria, lo que ocurre en casi un 10% de los pacientes. Por otro lado, la estancia hospitalaria aumenta en 7 días en los pacientes que desarrollan desnutrición durante el ingreso hospitalario frente a los que ingresan y son dados de alta sin desnutrición, comportando un consumo de recursos mayor, de manera que el coste de estos pacientes supone un 50% adicional respecto a los pacientes no desnutridos²². El estudio PREDyCES[®] propició el desarrollo del Consenso Multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España con muchos participantes y con recomendaciones básicas dirigidas a prevenir y tratar la desnutrición³¹. Finalmente, dentro de las estrategias se ha conseguido que en el Congreso de los Diputados (Marzo, 2013), se haya aprobado la lucha contra la desnutrición³².

Pero, a pesar de todo ello y mientras que, Elia ya puso de manifiesto que la mayor incidencia de malnutrición relacionada con la enfermedad se observaba en la comunidad, notificando que más de 3 millones de individuos estaban considerados con malnutrición en el Reino Unido y que de ellos, sólo el 2% está en los hospitales mientras que el 93% residía en la comunidad (fig. 3)^{33,34}, y Guest fue uno de los que publicó el impacto económico de la desnutrición en los pacientes en la comunidad³⁵, y disponiendo de estudios suficientes sobre los beneficios de la suplementación nutricional en los pacientes con desnutrición, como el recién publicado estudio de Philipson que muestra que los Suplementos nutricionales orales mejoran el coste del episodio, la estancia hospitalaria y los reingresos a los 30 días³⁶, en nuestro sistema de salud (14 Abril 2012) los productos alimentarios especiales, entre otros, han quedado relegados a una cartera accesoria lo que implica su falta de financiación y quedar sujetos a copago.

Quizás sea el momento de preguntarnos, ¿qué ocurre?, ¿por qué no avanzamos? Quizás el artículo de Alessandro Laviano y Kenneth Fearon publicado este año en la revista *Clinical Nutrition*³⁷ nos pueda ayudar a comprender cuál es el fallo de la ausencia de efectos de los esfuerzos generales. Si bien el mencionado artículo se refiere al problema de la desnutrición y su tratamiento en los pacientes afectados de cáncer, su contenido es fácilmente aplicable a la desnutrición relacionada con la enfermedad, en general. Sintetizando lo que nos dicen los autores es: *Si bien la desnutrición está muy extendida en el cáncer, no hemos sido capaces de convencer a los médicos que tratan a estos pacientes de que el tratamiento nutritivo puede beneficiarlos. Quizás es que no usamos las palabras correctas. Alí Babá no*

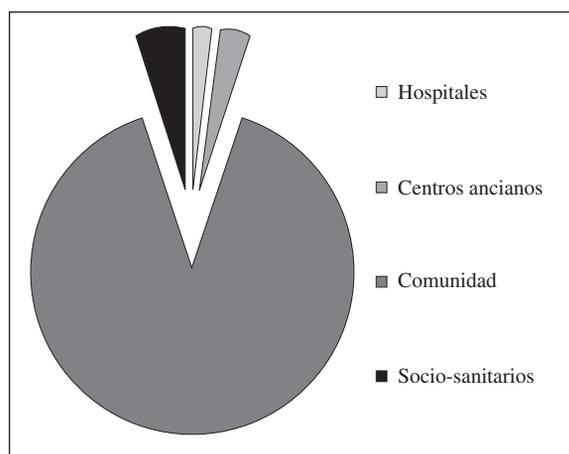


Fig. 3.—La desnutrición no es sólo un problema del hospital. Modificado de Elia M²⁶.

hubiera podido abrir el tesoro sin las correctas palabras: ABRACADABRA. Reconocer las prioridades y establecer un lenguaje común es el primer paso para atender a los pacientes con desnutrición.

Es el momento de utilizar todas las herramientas a nuestro alcance para prevenir el desarrollo de la desnutrición en los pacientes en riesgo; detectar aquellos pacientes con desnutrición o riesgo de desarrollarla lo más pronto posible para establecer unas medidas de actuación precoces y recordar y difundir que la desnutrición relacionada con la enfermedad es una lastra que afecta a los pacientes pero que por sus implicaciones nos atañe a todos y que además es tratable y prevenible con un adecuado soporte nutritivo.

Bibliografía

1. www.oecd.org/health/healthdata
2. www.mapasanitario.org/2/index.php?secc=11&contingut
3. Emanuel E, Tanden N, Altman S, Armstrong S, Berwick D, de Brantes F et al. A systemic approach to containing health care spending. *N Engl J Med* 2012; 367: 949-54.
4. Callahan D. Symbols, Rationality, and Justice: Rationing Health Care. *Am J Law Med* 1992; 18: 1-13.
5. Hipócrates. Juramento. Tratados hipocráticos I. Madrid. Biblioteca Clásicos Griegos; 1983.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Nueva York: Oxford University Press; 1979.
7. Hauck K, Smith PC, Goddard M. The economics of priority setting for health care. A literature review. HNP Discuss. Paper 2004; 1-74.
8. Fleck LM. Just caring: health care rationing and democratic deliberation. New York: Oxford University Press. 2006.
9. Snyder L. American College of Physicians Ethics manual. Sixth Edition. *Ann Intern Med* 2012; 156: 73-104.
10. Brody H. From an Ethics of rationing to an Ethics of Waste Avoidance. *N Engl J Med* 2012; 366: 1949-51.
11. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012; 307: 1513-6.
12. Truog RD, Brett AS, Frader J. The problem with futility. *N Engl J Med* 1992; 326: 1560-4.
13. Strech D, Danis M, Löb M, Marckmann G, Ausmab und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern—Ärztliche Einschätzungen zu seiner representative Umfrage. *Disch Med Wochenschr* 2009; 134: 1261-6.

14. Brockmann H. Why is less money spent on health care for the elderly than for the rest of the population? Health care rationing in German hospitals. *Soc Sci Med* 2002; 55: 593-608.
15. Bruni RA, Laupacis A, Martin DK. Public engagement in setting priorities in health care. *Can Med Assoc J* 2008; 179: 15-8.
16. Collier R. Medically necessary: Who should decide? *CMAJ* 2012; 184: 1770-1.
17. Collier R. Medically necessary: How to decide? *CMAJ* 2012; 184: 1771-2.
18. Jensen GL, Mirtallo J, Compber C, Dhaliwal R, Forbes A, Grijalba RF et al. Adult starvation and disease-related malnutrition: a proposal for etiology-based diagnosis in the clinical practice setting from the international consensus guideline committee. *Clin Nutr* 2010; 29: 151-3.
19. McWhirter JP, Pennington CR. Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *BMJ* 1994; 308: 945-8.
20. Ocón J, Celaya S. Implicaciones clínicas de la desnutrición hospitalaria. En: Libro Blanco de la desnutrición en España. Coordinador: JI Ulibarri. Editores: A García de Lorenzo, PP García Luna, P Marsé, M Planas. Acción Médica. Madrid 2004, pp. 61-70.
21. Planas M, Audivert S, Pérez-Portabella C, Burgos R, Puiggrós C, Casanelles JM, Rosselló J. Nutritional Status among adult patients admitted to an university-affiliated hospital in Spain at the time of genoma. *Clin Nutr* 2004; 23: 1016-24.
22. Álvarez-Hernández J, Planas Vilà M, León Sanz M, García de Lorenzo A, Celaya-Pérez S, García Lorda P et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study. *Nutr Hosp* 2012; 27: 1049-59.
23. Ljungqvist O, De Man F. Under nutrition-a major health problem in Europe. *Nutr Hosp* 2009; 24: 368-70.
24. http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_en.pdf
25. Committee of Ministers. Resolution ResAP(2003) 3 on food and nutritional care on hospitals; 2003. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=85747>
26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Cost saving guidance (NICE, 2009).
27. Kruiuzenga HM, Van Tulder MW, Seidell JC, Thijs A, Ader HJ, Van Bokhorst-de van der Schueren MA. Effectiveness and cost-effectiveness of early screening and treatment of malnourished patients. *Am J Clin Nutr* 2005; 82: 1082-9.
28. El Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España. Coordinador: JI Ulibarri. Editores: A García de Lorenzo, PP García Luna, P Marsé, M Planas. Acción Médica. Madrid 2004.
29. Ulibarri JI, Burgos R, Lobo G, Martínez MA, Planas M, Pérez de la Cruz A et al. Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Nutr Hosp* 2009; 24: 453-8.
30. Álvarez J, Del Río J, Planas M, García Peris P, García de Lorenzo A, Calvo V et al. SENPE-SEDOM document on coding of hospital malnutrition. *Nutr Hosp* 2008; 23: 536-40.
31. García de Lorenzo A, Álvarez Hernández J, Planas M, Burgos R Arujo K, and the multidisciplinary consensus work-team on the approach to hospital malnutrition in Spain. Multidisciplinary consensus on the hospital malnutrition in Spain. *Nutr Hosp* 2011; 26: 701-10.
32. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. X Legislatura. 5 Marzo de 2013, Num 233. Pág. 14.
33. Russell CA, Elia M. Malnutrition in the UK: where does it begin? *Proc Nutr Soc* 2010; 69: 465-9.
34. Elia M, Russell CA, Straton RJ. Malnutrition in the UK: policies to address the problem. *Proc Nutr Soc* 2010; 69: 470-6.
35. Guest JF, Panca M, Baeyens JP, de Man F, Ljungqvist O, Pichard C, et al. Health economic impact of managing patients following a community-based diagnosis of malnutrition in the UK. *Clin Nutr* 2011; 30: 422-9.
36. Philipson TJ, Thornton Snider J, Lakdawalla DN, Stryckman B, Goldman DP. Impact of Oral Nutritional Supplementation on Hospital Outcomes. *Am J Manag Care* 2013; 19: 121-8.
37. Laviano A, Fearon KCH. The oncology wall: Could Ali Baba have got to the nutrition treasure without using the correct words? *Clin Nutr* 2013; 32: 6-7.