

# Protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados. De la normativa a la práctica profesional

*Protection of the right to food for hospitalized patients. From regulations to professional practice*

Landy Elena Bravo Villanueva\*

## Resumen

El derecho a la alimentación adecuada implica el acceso físico y económico a alimentos nutritivos en todo momento (ONU, 2010). Este derecho, fundamental para el desarrollo humano y la prevención de la malnutrición, está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) (ONU, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966); e n México, está redactado en el artículo 4 de la Constitución (1917).

La investigación se enfocó en analizar las acciones para proteger este derecho en el Hospital General de Zona (HGZ) 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Atlacomulco, Estado de México. Se utilizó un enfoque cualitativo, con el que se analizaron documentos jurídicos y se realizaron observaciones de campo en el hospital. Se visitó el departamento de Nutrición y Dietética del hospital para observar sus actividades, así como para entrevistar al jefe del departamento.

---

Universidad Autónoma del Estado de México, landy.bravo@hotmail.com  
ORCID 0009-0007-4688-3354.

---

*Fecha de recepción: agosto 2024*  
*Fecha de aceptación: septiembre 2024*  
*Versión final: octubre 2024*  
*Fecha de publicación: noviembre 2024*

Aunque existen normativas internacionales y nacionales que obligan al Estado a proteger el derecho a la alimentación, su aplicación efectiva se ve limitada por la falta de personal, quienes enfrenta desafíos específicos en la protección de este derecho, a pesar de estar capacitados y alineados con conceptos científicos en los que se fundamenta el derecho. La investigación subraya la obligación gubernamental de proteger este derecho y destaca la necesidad de una alimentación adecuada y nutritiva para la salud y calidad de vida, especialmente en pacientes hospitalizados y vulnerables.

**Palabras clave:** Accesibilidad universal, derecho a la alimentación, pacientes en hospitalización.

## Abstract

The right to adequate food implies physical and economic access to nutritious food at all times (UN, 2010). This right, fundamental for human development and the prevention of malnutrition, is enshrined in the Universal Declaration of Human Rights (UDHR) (UN, 1948) and the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights (ICESCR) (UN, 1966). In Mexico, it is guaranteed in Article 4 of the Constitution (CPEUM, 2024).

The research focused on analyzing the actions taken to protect this right at the General Hospital of Zone (HGZ) 252 of the Mexican Social Security Institute (IMSS) in Atlacomulco, State of Mexico. A qualitative approach was used, analyzing legal documents and conducting field observations at the hospital. The hospital's Nutrition and Dietetics department was visited to observe its activities and to conduct an interview with the department head.

Although there are international and national regulations that obligate the State to protect the right to food, effective implementation is limited by a lack of personnel, who face specific challenges in protecting this right despite being trained and aligned with the scientific concepts underpinning it. The research underscores the government's obligation to protect this right, highlighting the need for adequate and nutritious food for health and quality of life, especially for hospitalized and vulnerable patients.

**Keywords:** Universal accessibility, right to food, hospitalized patients.

## Introducción

El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todas las personas, independientemente de su género o edad, tienen acceso físico y económico a alimentos nutritivos en todo momento (ONU, 2010). Independientemente de las estrategias de políticas públicas para garantizar este derecho fundamental, su cumplimiento es limitado, especialmente para personas con necesidades específicas, como los pacientes hospitalizados, quienes requieren dietas adaptadas debido a enfermedades crónicas y otras condiciones. Este derecho está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966); en México, está redactado en el artículo 4 de la Constitución (1917).

La investigación de Pautassi (2016) destaca la tensión entre el reconocimiento de derechos, como el derecho a la alimentación, y su vinculación con el cuidado necesario para satisfacer las necesidades básicas humanas. Utilizando una metodología de enfoque de derechos y de género, el autor aborda el alcance del derecho a la alimentación y su impacto en la institucionalidad pública, así como el reconocimiento reciente del cuidado como un derecho. La investigación subraya la necesidad de políticas públicas integrales e interdependientes para universalizar el ejercicio de estos derechos.

El diagnóstico nutricional de los pacientes hospitalizados es crucial para implementar estrategias adecuadas y prevenir la desnutrición intrahospitalaria, que puede afectar la recuperación y calidad de vida de los pacientes. Los sistemas del IMSS deben administrar sus recursos apropiadamente para asegurar la alimentación adecuada de los pacientes, según las normas internas y las responsabilidades establecidas.

La problemática radica en la eficacia del sistema normativo y gubernamental respecto a la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados en el Hospital General de Zona 252 del IMSS en Atlacomulco, Estado de México. A pesar de la existencia de normativas internacionales y nacionales, su aplicación efectiva se ve limitada por la falta de personal y su capacitación en derechos humanos, lo que afecta la calidad de la atención médica.

El objetivo general de esta investigación es analizar cómo estos sistemas influyen en la protección del derecho a la alimentación de los pacientes

hospitalizados en el HGZ 252 del IMSS. Mediante un enfoque cualitativo, se realizaron observaciones de campo y entrevistas al jefe del departamento de Nutrición y Dietética para evaluar la efectividad de las normativas aplicables y la protección de los derechos de los pacientes.

La investigación concluye que es esencial mejorar la implementación de normativas y la capacitación en derechos humanos para los profesionales de la salud, al igual que asegurar una alimentación adecuada para todos los pacientes, especialmente los hospitalizados y vulnerables.

## Fundamentación teórica

La presente investigación aborda el derecho a la alimentación adecuada como un derecho fundamental, especialmente para los pacientes hospitalizados en México, quienes presentan condiciones de vulnerabilidad y necesidades nutricionales específicas debido a sus enfermedades y estados de salud. Se enfatiza la responsabilidad del Estado mexicano en asegurar el acceso a una alimentación saludable y adecuada (Diario Oficial de la Federación, 1984).

El derecho a la alimentación está redactado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), y otros instrumentos internacionales. La DUDH, ratificada en 1948 (ONU, 1948), establece que todas las personas tienen el derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentación y servicios médicos, sin discriminación.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (ONU, 1966), ratificado por México en 1981, también reconoce el derecho a una alimentación adecuada y estipula la obligación del Estado de proteger este derecho. Además, la creación del Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en 2017 (CEPAL, 2018) refuerza el compromiso de México con mejorar la nutrición y asegurar el acceso a una alimentación saludable.

Los pacientes hospitalizados se consideran personas en situación de vulnerabilidad a causa de sus condiciones de salud, mismas que limitan su capacidad de acceso a alimentos y servicios. La protección de sus derechos, incluyendo el derecho a una alimentación adecuada, es una responsabilidad directa del personal médico y las instituciones donde están internados. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), en su artículo

4, especifica que la alimentación debe ser nutritiva, suficiente y de calidad; la Ley General de Salud (LGS) (DOF, 1984) establece directrices para proteger este derecho.

El concepto de alimentación adecuada incluye varios aspectos: acceso a alimentos nutritivos, suficientes, inocuos, saludables, accesibles, asequibles y culturalmente aceptables (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, 2019). La nutrición debe adaptarse a las características individuales de cada paciente, como edad, sexo, y diagnóstico médico y nutricional (Royo, 2017).

Igualmente, se deben considerar factores como la textura de los alimentos para pacientes con dificultades de masticación y se debe garantizar que la alimentación cubra las necesidades calóricas y de nutrientes esenciales. El propósito es evitar la desnutrición que puede llevar a complicaciones médicas y, con ello, el retraso en la recuperación, el deterioro de la calidad de vida, el incremento de días y costos de estancia hospitalaria, entre otras (Veissetes, 2022).

En el contexto hospitalario, es crucial vigilar el estado nutricional de los pacientes de manera continua para ajustar adecuadamente su manejo nutricional y favorecer su recuperación. Esta vigilancia debe iniciarse al ingreso del paciente y mantenerse durante toda su estancia hospitalaria, utilizando diversos métodos de evaluación nutricional adaptados a diferentes necesidades.

Entre estos métodos, Nutritional Risk Screening 2002 (Clínica Médica A, 2002) y Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition, 2010) son aplicables a la población general, mientras que Subjective Global Assessment (SGA) (FD Ottery, 2000) y el cuestionario MNA® (Nestlé, 2021) son más específicos para personas mayores.

La Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) se asocia frecuentemente con condiciones como fracturas óseas, problemas de deglución, enfermedades respiratorias crónicas y úlceras por presión; puede ser exacerbada por el envejecimiento o enfermedades que afectan la ingesta de alimentos y el metabolismo. Factores como la hospitalización, dependencia alimentaria, salud oral deficiente, disminución de la función física y apetito reducido también incrementan el riesgo de DRE (Salusso, 2019).

Algunos ejemplos frecuentes en el hospital son la disfagia orofaríngea, común en adultos mayores y pacientes con cáncer de cabeza y cuello. Las

demencias graves como el Alzheimer son particularmente problemáticas, ya que pueden afectar la capacidad de tragar y el apetito, contribuyendo a la DRE (Sanz, 2020).

**Tabla 1**

*Factores físicos, fisiopatológicos, psicosociales, emocionales y económicos a considerar como parte del abordaje nutricional*

Factores físicos y fisiopatológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Deterioro general de las funciones fisiológicas</li> <li>— Cambios sensoriales (gusto, olfato, oído y vista)</li> <li>— Disminución de la sensación de sed</li> <li>— Problemas de masticación, deglución, absorción, utilización y excreción de los nutrientes</li> <li>— Falta de apetito</li> <li>— Cambios metabólicos, neurológicos, cardiovasculares, renales y de la función inmunológica</li> <li>— Menor actividad física</li> <li>— Discapacidad</li> <li>— Enfermedades crónicas, pluripatologías, dolor crónico</li> <li>— Alteraciones musculoesqueléticas</li> <li>— Cáncer</li> <li>— Dietas restrictivas y regímenes por enfermedad</li> <li>— Polifarmacia crónica y automedicación</li> </ul>
Factores psicosociales, emocionales y económicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>— Abandono de la actividad laboral</li> <li>— Bajos ingresos, pobreza</li> <li>— Soledad, marginación, dependencia</li> <li>— Ingreso hospitalario</li> <li>— Depresión, confusión, ansiedad</li> <li>— Hábitos alimentarios poco saludables, arraigados y rígidos</li> <li>— Escasos conocimientos sobre nutrición</li> <li>— Falta de asesoría para preparar dietas equilibradas, terapéuticas, agradables y asequibles</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia basada en Sanz, 2020

La desnutrición o malnutrición puede tener consecuencias graves, como pérdida muscular, anemia, osteoporosis, disfunción inmunitaria y deterioro cognitivo, por lo tanto, empeora el pronóstico de una enfermedad. La nutrición es fundamental no sólo para el mantenimiento de la salud, sino también para la recuperación de la enfermedad.

Las proteínas, por ejemplo, son esenciales para la formación de tejidos, anticuerpos y hemoglobina, y juegan un papel crucial en la cicatrización y la función inmunológica al ser un macronutriente (Romero, 2022). Las vitaminas y minerales, por su parte, son vitales para una inmunidad saludable (Ferrerres, 2023); la vitamina C fortalece la respuesta inmunitaria, mientras que la vitamina D mantiene la integridad de las barreras mucosas y reduce el riesgo de infecciones respiratorias citoquinas (Mojica, 2020). El zinc, por su importante función inmunitaria, debe incluirse en la dieta a través de carnes o alimentos fortificados. Otros micronutrientes como las vitaminas A, E, B6, B9 y B12 o minerales como el cobre, hierro y selenio son también esenciales para mantener un sistema inmunológico robusto (Ferrerres, 2023).

Es necesario que el personal encargado de la planificación dietética en hospitales tenga un conocimiento profundo de las funciones de los nutrientes y su presencia en los alimentos para garantizar una dieta adecuada, equilibrada y variada. En ese sentido, es posible utilizar más de 70 métodos de cribado nutricional para detectar y tratar oportunamente a los pacientes en riesgo (Sanz, 2020). Estos métodos permiten un diagnóstico preciso y una intervención eficaz para mejorar el estado nutricional y, por ende, la recuperación del paciente.

En el HGZ 252 del IMSS, se atienden pacientes de diversas edades, desde lactantes hasta personas adultas mayores, por lo que el manejo nutricional necesita adaptarse a las características específicas de cada paciente, considerando su edad, sexo y diagnóstico médico y nutricional. La protección del derecho a la alimentación adecuada es fundamental para la recuperación y bienestar de los pacientes hospitalizados, para lo cual se requiere la implementación efectiva de las normativas que aseguran este derecho en las personas hospitalizadas.

Para analizar el marco jurídico relacionado con el derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en el HGZ 252 del IMSS, se revisaron documentos clave del sistema normativo mexicano, incluyendo la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Ley General de Salud (LGS), y directrices del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En 2011, México se incorporó al Sistema Internacional de Derechos Humanos mediante reformas constitucionales que establecieron un sistema de protección con carácter vinculante, en lugar de meramente garantista. Estas reformas implican que, ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, todo tratado firmado y ratificado se convierte en ley dentro del sistema jurídico mexicano (DOF, 2011). Como ya se mencionó, el derecho a la alimentación, según el Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, 2019), abarca el acceso a una alimentación adecuada, nutritiva, suficiente y culturalmente aceptable, esencial para el desarrollo humano y la prevención de la malnutrición.

Respecto al marco internacional, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), se fundamenta este derecho. La DUDH garantiza el acceso a una vida digna que incluye alimentación y servicios médicos. El PIDESC, ratificado por México en 1981, refuerza el derecho a una vida adecuada que incluye alimentación y establece la responsabilidad del Estado para asegurar este derecho (ONU, 1966).

El Sistema Interamericano, a través de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), también refuerza la protección del derecho a la alimentación, aunque su implementación en México ha sido lenta y aún enfrenta desafíos.

En el ámbito nacional, la CPEUM y la LGS establecen que el derecho a la alimentación es fundamental y debe ser protegido por las instituciones de salud (DOF, 1984), como el IMSS. La LGS enfatiza la importancia de una alimentación adecuada como parte integral del bienestar físico y mental, y establece que las instituciones de salud deben proporcionar servicios que satisfagan las necesidades de la población.

Respecto a la normativa gubernamental, el IMSS, junto con otras instituciones de salud, ha desarrollado Guías de Práctica Clínica (GPC) para el manejo nutricional de pacientes hospitalizados (IMSS, 2013). Estas guías definen estándares para la alimentación adecuada y la prevención de desnutrición intrahospitalaria, donde se destaca la importancia de la evaluación nutricional y la adaptación de la dieta a las necesidades individuales.

La Guía de Práctica Clínica “Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento” (DITDT) (IMSS, 2013) fue elaborada a partir del

análisis de informes sobre la prevalencia de desnutrición en hospitales. Durante la hospitalización, los pacientes experimentan cambios metabólicos debido a su enfermedad y al tratamiento, además de una reducción frecuente en la ingesta de alimentos (Waitzberg, 2011). Este documento establece que todos los pacientes deben recibir atención nutricional sin excepción (IMSS, 2013).

La GPC DITDT describe que “todos los profesionales de la salud deben de estar capacitados para la prevención, identificación, diagnóstico, abordaje, manejo y seguimiento de la desnutrición hospitalaria” (IMSS, 2013, p. 7); es decir, no solamente el personal de nutrición debe realizar un diagnóstico y tratamiento nutricional personalizado para cada paciente, sino que también todas las autoridades sanitarias en el hospital deben monitorear la desnutrición intrahospitalaria. La capacitación proporcionará tanto la información como las habilidades necesarias para que el personal médico pueda cumplir con su deber de proteger el derecho a la alimentación (IMSS, 2013).

Otro lineamiento redactado en la GPC, antes mencionada, refiere que todo paciente que sea hospitalizado deberá recibir “de forma rutinaria y sistemática” una evaluación nutricional para “prevenir y/o tratar en forma oportuna el desarrollo de desnutrición y sus complicaciones” (IMSS, 2013, p. 7).

Esto se puede llevar a cabo mediante el uso de herramientas de evaluación nutricional que hayan sido validadas para la población a la que se aplicarán, y “deberán de incorporarse o adjuntar a las hojas de admisión, de enfermería y evolución, además de formar parte de la historia clínica” (IMSS, 2013, p. 9). Asimismo, la GPC DITDT indica la responsabilidad de “revalorar la condición del paciente y el cumplimiento de los objetivos del plan de tratamiento médico nutricio planteado para actualizarlo cuando sea necesario” (IMSS, 2013, p. 14).

La Figura 1 muestra la versión corta del Mini Nutritional Assessment (MNA) (Minievaluación Nutriciona), del Instituto Nacional de Geriátrica (ING), uno de los métodos de cribado nutricional más utilizados por arrojar resultados estandarizados que (ING, 2024), además de su practicidad, permite que cualquier persona que otorgue atención a las y los pacientes de hospitalización pueda aplicarlo. Mostrar este método tiene la intención de brindar un ejemplo visual al lector sobre el formato que estas evaluaciones rápidas suelen tener.

## Figura 1

*Mini Nutritional Assessment, un método para conocer el estado nutricional de los pacientes, especialmente las personas adultas mayores*

**INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA**

**Valoración Mínima Nutricional Versión Corta  
Mini-Nutritional Assessment – Short Form ©**

**Cribaje**

**A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?**  
0 = ha comido mucho menos  
1 = ha comido menos  
2 = ha comido igual

**B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)**  
0 = pérdida de peso > 3 kg  
1 = no lo sabe  
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg  
3 = no ha habido pérdida de peso

**C. Movilidad**  
0 = de la cama al sillón  
1 = autonomía en el interior  
2 = sale del domicilio

**D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses**  
0 = sí    2 = no

**E. Problemas neuropsicológicos**  
0 = demencia o depresión grave  
1 = demencia moderada  
2 = sin problemas psicológicos

**F1. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/(talla en m<sup>2</sup>)**  
0 = IMC < 19 kg/m<sup>2</sup>  
1 = IMC ≤ 19 < 21 kg/m<sup>2</sup>  
2 = IMC ≤ 21 < 23 kg/m<sup>2</sup>  
3 = IMC ≥ 23 kg/m<sup>2</sup>

**F2. Perímetro de la pantorrilla (cm):**  
0 = < 31 cm  
1 = ≥ 31 cm

**Interpretación:**

Marque con una  de acuerdo al resultado obtenido

Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos  
 Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos  
 Desnutrición: 0 - 7 puntos

**Resultado:**

• Vellas, G., Guigoz, Y., Garry, P.J., et al. (1998). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*, 14(2), 118. PMID: 9500792.  
• Rubenstein, L. Z., Hawker, J. O., Smit, A., Guigoz, Y., et al. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF). *J Geriatr Acad Soc Genl Intl*, 46(1), 15-26. PMID: 11262797.  
• Kasper, M. J., Bauer, J. M., Ramsch, G., et al. (2006). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*, 13(9)762. PMID: 16912868.  
• Instituto Nacional de Geriátria. (2023). Cribado nutricional (en versión corta) MNA. Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA) | Centro de Atención La Nutrición Avanzada en Geriátrica. Disponible en: [https://www.inage.gub.uy/](#)

Este material está registrado bajo licencia Creative Commons Internacional, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y asistenciales en el ámbito de la salud, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriátria.

Fuente: Tomado de Instituto Nacional de Gerontología, 2024

Los especialistas en nutrición en el hospital están capacitados para aplicar métodos de cribado y realizar diagnósticos nutricionales detallados; no obstante, debido al alto volumen de pacientes, utilizan el cribado para identificar vulnerabilidades, con evaluaciones exhaustivas realizadas principalmente por pasantes. Aunque los métodos de cribado están estandarizados para el personal de salud, en el HGZ 252 del IMSS, éstos son accesibles principalmente para el personal de nutrición.

Finalmente, la orientación nutricional es crucial para la recuperación del paciente y su educación sobre hábitos alimenticios futuros. Los nutricionistas- dietistas comunican las indicaciones dietéticas al paciente y proporcionan recomendaciones para después del alta que se enfocan en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas. Adicionalmente, informan al paciente sobre los servicios de consulta externa para continuar el seguimiento nutricional.

## Metodología

El enfoque de esta investigación es cualitativo, basado en el análisis documental del sistema jurídico y complementado con la observación de campo para comprender la realidad social del Hospital General de Zona

(HGZ) 252 del IMSS. Este estudio se centra en las variables relacionadas con el sistema normativo y gubernamental que influyen en la protección del derecho a la alimentación de las y los pacientes hospitalizados en el HGZ 252, ubicado en Atlacomulco, Estado de México.

Como parte de la observación de campo, se realizó una visita al HGZ 252 para conocer de cerca las actividades cotidianas del departamento de Nutrición y Dietética. Se llevó a cabo una entrevista con el jefe del departamento para analizar el alcance del personal en la protección del derecho a la alimentación de los pacientes, así como la implementación de la normativa vigente.

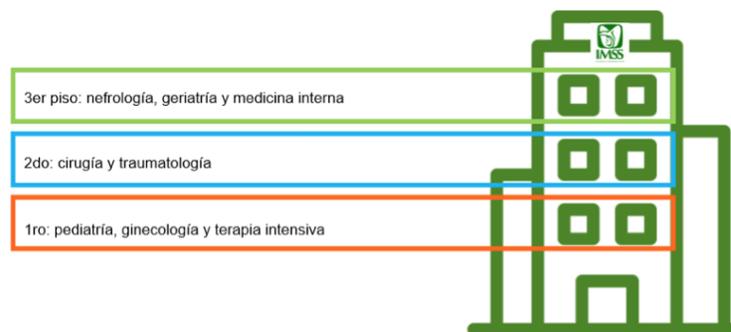
Es importante destacar que, al momento del estudio, México ya formaba parte del Sistema Internacional de Derechos Humanos, lo que implica la obligación de todos los órganos gubernamentales de proteger los derechos fundamentales, entre los cuales se encuentra el derecho a la alimentación.

## Resultados

En el Hospital General de Zona (HGZ) 252 del IMSS, se gestionan actualmente 102 camas censables y 35 no censables en áreas críticas como urgencias, observación, tococirugía y recuperación posquirúrgica, tal como se muestran en la Figura 2. El departamento de nutrición y dietética está compuesto por licenciadas y licenciados en nutrición que desempeñan diversas funciones, desde la jefatura del departamento hasta la atención en hospitalización, consulta externa, nefrología, almacén, comedor y apoyo nutricional especializado.

### Figura 2

*Distribución de las camas y los servicios a los que presta atención el departamento de Nutrición y Dietética*



Fuente: Elaboración propia

El turno matutino cuenta con 8 nutricionistas distribuidos en diferentes áreas, de las cuales se destinan 4 para hospitalización, mientras que el turno vespertino sólo tiene 2 nutricionistas. Esta distribución desigual del personal provoca problemas significativos en la atención nutricional. La carga de trabajo en el turno vespertino, junto con la sobrecarga de tareas en el turno matutino, limita el tiempo disponible para realizar tamizajes, evaluaciones y seguimientos nutricionales, lo que afecta la calidad de la atención.

Además, los registros clínicos y el tamizaje nutricional son mayormente realizados por pasantes de nutrición, debido a la falta de personal suficiente. Estos estudiantes, al rotar frecuentemente por diferentes áreas, enfrentan dificultades para mantener una comunicación efectiva con médicos y obtener estudios de laboratorio necesarios, lo que puede afectar la precisión de la evaluación nutricional y la propuesta de tratamiento. La supervisión de estos registros es crucial, pero también se ve limitada por la falta de tiempo y personal.

Los pacientes enfrentan desafíos adicionales como anorexia provocada por factores emocionales y dolor, la falta de apoyo familiar y el ayuno prolongado relacionado con los procesos quirúrgicos, lo que puede impactar negativamente en su estado nutricional.

El departamento se esfuerza por cumplir con las normativas y ofrecer una alimentación adecuada y nutritiva a través de estrategias como la implementación de 8 tipos de dietas diferenciadas, identificadas por tarjetas de colores, y el uso de minutas cíclicas que aseguran variedad y cumplimiento de los estándares nutricionales. Los alimentos son proporcionados por proveedores calificados y se ajustan a los requerimientos culturales y nutricionales de los pacientes. Pese a los esfuerzos, la falta de personal y la alta carga de trabajo siguen siendo desafíos significativos que también afectan la calidad de la atención nutricional en el hospital.

A continuación, se detallan las acciones implementadas para proteger el derecho a la alimentación de los pacientes en el HGZ 252 del IMSS, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el Catálogo para la Calificación de Violaciones a Derechos Humanos (CCVDH), las cuales se enumeran en la Figura 3.

### Figura 3

#### *Delimitaciones del derecho a la alimentación del CCVDH*



Fuente: Elaboración propia

La alimentación proporcionada a los pacientes hospitalizados es adecuada y nutritiva gracias a varios factores, entre los cuales destaca la formación profesional especializada del personal del departamento de nutrición y dietética. Esta capacitación les permite diagnosticar y proponer tratamientos nutricionales precisos y personalizados para cada paciente. Para apoyar este proceso, el IMSS ha implementado estrategias como la creación de ocho tipos diferentes de dietas, que se identifican mediante tarjetas conocidas como ND-02, mostradas en las Figuras 4 y 5. En estas tarjetas, los nutriólogos responsables registran el nombre completo del paciente, el número de cama y las observaciones pertinentes para asegurar su correcta identificación y atención.

### Figura 4

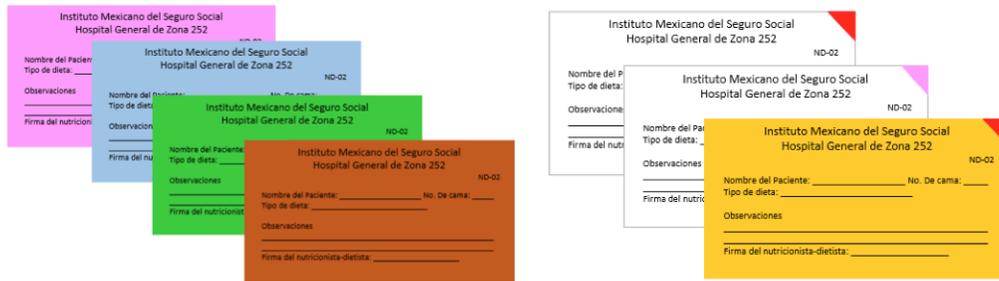
#### *Formato de tarjeta ND-02 para dieta normal (sin restricciones)*

Fuente: Elaboración propia

Las tarjetas están codificadas por colores, tal como se aprecia en la Figura 5, para facilitar la rápida identificación del tipo de dieta, y tanto los nutricionistas- dietistas como quienes manejan los alimentos reciben capacitación de la sede central del instituto para asegurar el manejo correcto de estas tarjetas.

## Figura 5

### Formatos ND-02 para la identificación de los tipos de dieta



Fuente: Elaboración propia

La Figura 5 ilustra los tipos de dietas proporcionadas a los pacientes en el HGZ 252 durante su hospitalización. Las tarjetas de identificación, codificadas por colores para una fácil diferenciación, incluyen: tarjeta blanca para dietas normales (sin restricciones), rosa para dietas modificadas en lípidos (blanda), azul para dietas modificadas en hidratos de carbono, verde para dietas modificadas en sodio, blanca con esquina roja para dietas sin colecistoquinéticos, y naranja para dietas modificadas en consistencia, también conocidas como papillas.

La alimentación proporcionada a los pacientes cumple con los requisitos normativos en tres comidas diarias (desayuno, comida y cena). Los alimentos son saludables, ya que se ajustan a las características físicas y químicas esperadas desde su recepción en el almacén; se emplean métodos de cocción que minimizan el exceso de grasa y la pérdida de nutrientes. Además, se asegura que la dieta sea culturalmente aceptable al incorporar alimentos frescos, de temporada y alineados con la cultura mexicana.

El menú se basa en un sistema de 28 minutas cíclicas por tipo de comida y dieta, garantizando variedad y adaptación a las necesidades específicas. Por ejemplo, hay 28 opciones de desayuno para dieta normal, 28 para dieta modificada en lípidos y así sucesivamente para cada tiempo de comida y tipo de dieta.

Los alimentos se obtienen de tres proveedores principales: uno para productos perecederos (cárnicos, embutidos, lácteos, frutas y verduras de temporada), otro para productos no perecederos (abarrotes y huevo), y uno más para pan (pan fresco e industrializado) y tortillas. Los proveedores son evaluados anualmente por el área de Finanzas y el departamento de Nutrición y Dietética del hospital.

Aunque se busca personalizar la alimentación según las necesidades de cada paciente, la disposición de los alimentos a menudo está limitada por el tamaño de la charola, como se muestra en la Figura 6, a la izquierda. En casos donde se identifican necesidades nutricionales adicionales, se proporciona un recipiente desechable con alimentos para colaciones, ilustrado en la Figura 6 a la derecha.

**Figura 6**  
*Charolas para los alimentos*



Nota: A la izquierda, charola para la disposición de alimentos para los pacientes de hospitalización. A la derecha, recipiente desechable para las colaciones, pacientes de las camas no censables y de los espacios de aislamiento por riesgo de infección. Fuente: Google.com

Las características de accesibilidad alimentaria se cumplen, ya que los pacientes reciben sus comidas directamente en sus camas y la asequibilidad está garantizada porque no se requiere un pago adicional para recibirlos. En cuanto a la inocuidad, la jefatura del departamento mencionó en la entrevista que el personal del comedor, encargado de la preparación y conservación de los alimentos, recibe formación continua tanto del hospital como de nivel central. Esta capacitación incluye temas como la preparación de diluciones asépticas para las labores de higiene de las superficies, manos, entre otros, así como la desinfección con triple balde y la limpieza de áreas vivas e inertes.

En la entrevista, la jefatura de departamento destacó que, así como se busca que los pacientes reciban alimentos saludables y en óptimas condiciones, también se espera que disfruten de la comida y se desvanezca la percepción de que están consumiendo “comida de hospital”. Aseguró que, además de cumplir con las normativas alimentarias, es fundamental que la

comida sea sabrosa y placentera para los pacientes, considerando que ya enfrentan situaciones de estrés psicológico, metabólico y fisiopatológico.

Expresó que es crucial para el equipo garantizar los estándares de nutrición, lo mismo que ofrecer una experiencia de comida agradable, además de un trato basado en la empatía y la calidez. Subrayó que, en esta unidad médica hospitalaria, el departamento de nutrición se adhiere rigurosamente a las normativas y se compromete plenamente a cumplir con todos los lineamientos y actividades establecidos.

En lo que respecta a las adecuaciones individualizadas, el HGZ 252 enfrenta algunas barreras específicas para el cumplimiento cabal de esta característica planteada en la redacción del derecho a la alimentación; dichas barreras se desglosan a continuación.

Primeramente, el personal médico y de enfermería conoce la importancia de la nutrición en los pacientes, pero raramente solicitan una interconsulta de nutrición hasta que surgen complicaciones. Por otro lado, a pesar de que la capacitación de nutricionistas está enmarcada en las Guías de Práctica Clínica, las cuales fomentan la colaboración interdisciplinaria y la protección de los derechos de los pacientes, existen algunas barreras de procedimientos que limitan la aplicación de estos lineamientos en las actividades diarias.

Una de las barreras antes mencionadas es la comunicación entre el personal. Las observaciones diarias se registran en la nota médica, la cual incluye información sobre el paciente y su tratamiento y está dispuesta en cada una de las camas, por lo que todo el personal que atiende al paciente tiene pronto acceso; los nutricionistas-dietistas revisan estos datos, pero no pueden escribir notas adicionales.

Para ello, deben realizar registros clínicos nutricionales que se colocan en el expediente clínico, es decir, el resto del personal que desee consultarlo debe ir al área determinada, buscar el expediente, identificar el registro clínico nutricional (entre el resto de los documentos que lo integran) e interpretarlo, lo que resulta en diversas dificultades, entre ellas el tiempo, el cual es limitado por la cantidad de pacientes que se atienden cada día; como resultado, esta información no es consultada.

Durante el pase de visita, los nutricionistas-dietistas actualizan la información sobre el paciente y ajustan las dietas según sus observaciones. Estos ajustes se realizan en un documento interno al cual solamente tiene acceso el personal de nutrición de cada departamento y turno, ello se tor-

na en falta de comunicación y se rompe la red interdisciplinaria dispuesta para la atención de cada paciente.

### Figura 7

*Formato de registro de dietas para el pase de visita del Departamento de Nutrición y Dietética*

Instituto Mexicano del Seguro Social Hospital General de Zona 252 Departamento de Nutrición y Dietética				
No. De Cama	Nombre Completo	Diagnóstico Médico	Tipo de Dieta	Observaciones

...

Fuente: Elaboración propia

Otra situación que obstaculiza la protección del derecho a la alimentación ocurre en el formato de registro de dietas de los pacientes (Figura 2), que sirve como comunicación entre turnos. Este formato requiere confirmar el número de cama del paciente y sus datos personales, actualizar el diagnóstico médico y nutricional, y asignar la dieta adecuada. Además, se deben agregar observaciones importantes en el formato y en la tarjeta de identificación de dieta (Figuras 5 y 6).

Aun con las anotaciones y actualizaciones que se realizan en un turno, en ocasiones el personal del siguiente no respeta las indicaciones de los profesionales del turno anterior. Esto puede resultar en cambios innecesarios en la dieta del paciente y afectar la intervención nutricional planificada. La falta de comunicación entre los profesionales de nutrición es un reflejo de problemas de actitud y profesionalismo que impactan negativamente en la atención al paciente.

Por otro lado, debido a la falta de tiempo, a veces los nutricionistas omiten actualizar diagnósticos o hacer observaciones, lo que puede afectar la alimentación del paciente. Por ejemplo, puede ocurrir que no se indique la dieta de un paciente que ya debería recibir alimentos después de un ayuno o que se omita actualizar la indicación de ayuno para paciente antes de una cirugía, lo que podría posponer el procedimiento. La falta de actualización también puede llevar a mantener indicaciones innecesarias, como dietas laxantes que ya no son requeridas, por mencionar alguna.

## Conclusiones

El análisis de los documentos revisados en esta investigación revela que no es la falta de leyes, normas o Guías de Práctica Clínica (GPC) lo que limita la protección del derecho a la alimentación, sino la falta de aplicación efectiva de estas directrices en la práctica clínica. También se destaca la necesidad de una capacitación adecuada en materia de derechos humanos para asegurar la accesibilidad universal a la alimentación, la cual debe ser promovida por el sistema gubernamental.

A pesar de la existencia de normas internacionales e interamericanas que establecen lineamientos para proteger los derechos fundamentales, la implementación de éstos en México ha sido insuficiente en términos institucionales y se ha impedido la protección plena de los derechos reconocidos.

Las GPC del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) proporcionan directrices detalladas para el servicio de nutrición, con especial atención en la protección del derecho a la alimentación. Estos lineamientos incluyen recomendaciones sobre los requerimientos nutricionales promedio, que sirven como base para la planificación de alimentos y evaluación de planes nutricionales. Sin embargo, estas recomendaciones no deben ser usadas para estandarizar la alimentación de todos los pacientes, ya que podrían desatenderse las necesidades individuales, contrario a lo establecido en la GPC DITDT. En tal sentido, es crucial examinar cada uno de los ejes de las GPC, para evitar malas prácticas y asegurar una atención verdaderamente personalizada.

Al margen de contar con una sólida base normativa, la protección del derecho a la alimentación en entornos hospitalarios, como el HGZ 252 del IMSS, enfrenta importantes desafíos. Entre los principales problemas se encuentran la falta de capacitación del personal en derechos humanos; además, la ineficacia del sistema jurídico en la protección de este derecho puede derivarse de la falta de análisis específico sobre la alimentación de pacientes hospitalizados, quienes a menudo son invisibilizados como sujetos de derechos. Aunque existen leyes, normas y GPC que abordan el derecho a la alimentación, su aplicación práctica sigue siendo un reto considerable.

Por último, en el HGZ 252, el personal del departamento de nutrición y dietética sigue normativas para proteger el derecho a la alimentación,

pero enfrenta desafíos como barreras actitudinales, sobrecarga de trabajo y alta rotación de personal, particularmente debido a la ubicación del HGZ 252. Aun así, todo el departamento se esfuerza por mejorar la calidad del servicio y asegurar que las capacitaciones del IMSS se implementen eficazmente en todos los niveles, pero es crucial reforzar el enfoque en derechos humanos y fortalecer la implementación de las normativas para asegurar un cumplimiento efectivo.

## REFERENCIAS

- FD Ottery (2000). Valoración Global Subjetiva. [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/anexo\\_02.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/anexo_02.pdf)
- British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (2010). Malnutrition Universal Screening Tool. <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>
- Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (2019). Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos. [https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/serie\\_de\\_documentos\\_oficiales/2019\\_Catalogo\\_violaciones\\_DH.pdf](https://piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/serie_de_documentos_oficiales/2019_Catalogo_violaciones_DH.pdf)
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (diciembre de 2018). La Agenda 2023 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a-4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content>
- Clínica Médica A (2002). NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS-2002). [https://www.medicaa.hc.edu.uy/images/Curso\\_Soporte\\_Nutricional\\_2016/M%C3%B3dulo1/NRS\\_2002\\_herramienta.pdf](https://www.medicaa.hc.edu.uy/images/Curso_Soporte_Nutricional_2016/M%C3%B3dulo1/NRS_2002_herramienta.pdf)
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [C.M.] Art. 4. 5 de febrero de 1917. <https://www.constitucionpolitica.mx/titulo-1-garantias-individuales/capitulo-1-derechos-humanos/articulo-4-igualdad-hombres-mujeres>
- Diario Oficial de la Federación (7 de febrero de 1984). Ley General de Salud. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984#gsc.tab=0)
- Diario Oficial de la Federación (14 de junio de 2011). Programa Nacional de Derechos Humanos. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194948&fecha=14/06/2011#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194948&fecha=14/06/2011#gsc.tab=0)
- Ferreres, A. E. (18 de diciembre de 2023). Inmunonutrición y (su impacto en la) salud. Micronutrientes y factores debilitantes. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000700002&script=sci\\_arttext&lng=pt#affl](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000700002&script=sci_arttext&lng=pt#affl)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2013). IMSS-694-13, Servicios de Alimentación: Seguridad Alimentaria para el Paciente Hospitalizado. [www.imss.gob.mx/node/85430](http://www.imss.gob.mx/node/85430); <https://www.imss.gob.mx/node/85430>
- Instituto Mexicano del Seguro Social(2013). La Guía de Práctica Clínica “Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento” . [imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GER.pdf](http://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GER.pdf); <https://imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GER.pdf>

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2023). Clasificación y manejo de dietas terapéuticas a nivel hospitalario. <https://hgz89.com/docs/nutricion/CATALOGO%20PLATILLOS%202023%20HGZ89.pdf>
- Instituto Nacional de Geriátrica (agosto de 2024). Valoración Mínima Nutricional Versión Corta. [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1690/mod\\_resource/content/4/Archivos/Instrumentos/25\\_MNA-SF.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1690/mod_resource/content/4/Archivos/Instrumentos/25_MNA-SF.pdf)
- Mojica, L. E. (septiembre de 2020). Relación entre covid-19, vitamina C y sistema inmune. <https://repositorio.unitec.edu/handle/123456789/12181>
- Nestlé (2021). Mini Nutritional Assessment. <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/MNA-spanish.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (10 de Diciembre de 1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/spn.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de las Naciones Unidas (16 de diciembre de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Organización de las Naciones Unidas (16 de diciembre de 1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas (junio de 2010). El derecho a la alimentación adecuada. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf>
- Pautassi, L. (2016). La complejidad de articular derechos: alimentación y cuidado. *Salud Colectiva*, 12(4), 621-634. <https://doi.org/https://doi.org/10.18294/sc.2016.941>
- Romero, L. E. (2022). Cicatrización y su relación con la nutrición; un enfoque necesario. <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/download/332/pdf>
- Royo, M. (2017). *Nutrición en Salud Pública*. Escuela Nacional de Sanidad.
- Salusso, A. (2019). Desnutrición Intrahospitalaria. <https://www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/analia-salusso.pdf>
- Sanz, C. (septiembre de 2020). Valoración del Estado Nutricional en Ancianos Hospitalizados y Guía de Recomendaciones Dietéticas basada en los resultados obtenidos. <https://zagan.unizar.es/record/97881/files/TAZ-TFG-2020-3626.pdf>
- Veissetes, D. E. (2022). Evaluación nutricional de pacientes con cirrosis hepática hospitalizados y el impacto en el pronóstico de la enfermedad: estudio de corte transversal. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 64-77.
- Waitzberg, D. (2011). Desnutrición Hospitalaria. *Nutrición hospitalaria*, 26(2), 254-264. <https://doi.org/ISSN 0212-1611>



Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
 Permite a otros solo descargar la obra y compartirla con otros siempre y cuando se otorgue el crédito del autor correspondiente y de la publicación; no se permite cambiarlo de forma alguna ni usarlo comercialmente.

