

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Arquitectura y Diseño
Especialidad en Accesibilidad Universal en la Arquitectura y la Ciudad

Derecho a la alimentación adecuada en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología y traumatología del Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Presenta

L.N. Landy Elena Bravo Villanueva

Tutora Académica

Dra. Itzel Arriaga Hurtado

Tutora Adjunta

Dra. Diana Elisa González Calderón

Tutora Externa

Dra. Olga Cecilia Restrepo Yepes

Junio 2024

Índice

Capítulo I: Antecedentes	4
1.1 Antecedentes de la problemática	4
1.1.1 El derecho a la alimentación como derecho fundamental en México ..	4
1.1.2 El sistema normativo y gubernamental para la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados	5
1.2 Definición del problema.....	6
1.3 Planteamiento del Problema	6
1.4 Justificación.....	8
1.5 Hipótesis del trabajo.....	9
1.6 Objetivo General	9
1.6.1 Objetivos Específicos.....	9
1.7 Metodología	10
Capítulo II: Alimentación como un derecho fundamental de pacientes hospitalizados en México	12
Introducción	12
2.1 Alimentación como derecho fundamental	12
2.1.1 Alimentación adecuada de los pacientes de acuerdo con sus características.....	14
2.2 Recomendaciones nutricionales por etapa de la vida	17
2.2.1 Adolescentes	17
2.2.2 Adultos.....	21
2.2.3 Personas Mayores	24
2.3 Importancia de una alimentación adecuada durante la estancia hospitalaria	26
2.4 Recuperación y calidad de vida	29
2.5 La desnutrición intrahospitalaria y sus consecuencias.....	31
Deducciones	33
Capítulo III: Sistema jurídico de protección al derecho a la alimentación del paciente hospitalizado.....	34
Introducción	34
3.1 Sistema Internacional.....	36
3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos	36

3.1.2 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	37
3.2 Sistema Interamericano	38
3.2.1 La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)	38
3.3 Sistema Normativo Nacional	39
3.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	39
3.3.2 Ley General en Salud	40
3.4 Sistema Normativo Institucional	41
3.4.1 Guía de Práctica Clínica “Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento”	43
Deducciones	45
Capítulo IV: Sistema educativo en la protección al derecho a la alimentación del paciente hospitalizado en el Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social	47
4.1 Sistema internacional de educación en derechos humanos para la alimentación adecuada	47
4.1.1 Programa mundial para la educación en Derechos Humanos	47
4.2 Definición de la Educación en Derechos Humanos	47
4.3 Objetivos de la Segunda fase (2010-2014) del Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos (PMEDH).	51
4.4 Responsables de la EDH	51
4.5 Reformas jurídicas en México para la EDH	52
4.6 Análisis de la realidad social de los estudiantes y profesionistas responsables de la protección al derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados	53
4.5.1 Discusión de Resultados	65
Discusiones	66
Capítulo V: Análisis cualitativo de la realidad social de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del Hospital General Regional (HGR) 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social	68
5.1 Alcances de un especialista en la nutrición de pacientes en hospitalización	68
5.1.1 Descripción de las actividades del servicio de nutrición para la atención de pacientes hospitalizados del HGZ 252 del IMSS	69
5.2 Orientación nutricional del paciente hospitalizado	71

5.3 Barreras de los especialistas en nutrición para la atención adecuada de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología y traumatología del HGZ 252.....	72
5.4 La relación del sistema normativo, educativo y gubernamental en la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología y traumatología del HGZ 252 del IMSS	83
Deducciones	89
Conclusiones.....	91
Referencias	93

Capítulo I: Antecedentes

1.1 Antecedentes de la problemática

1.1.1 El derecho a la alimentación como derecho fundamental en México

El derecho a la alimentación adecuada se ejerce cuando todo hombre, mujer o niño, ya sea sólo o en común con otros, tiene acceso físico y económico, en todo momento, a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla (ONU, 2023). Se han considerado estrategias en las políticas públicas para favorecer el acceso económico a los alimentos y con eso garantizar este derecho fundamental, pero se ha visto limitado en su cumplimiento para personas con características diversas en la población, por ejemplo, los pacientes hospitalizados, quienes tienen necesidades nutricionales específicas que derivan de condiciones propias de la enfermedad en curso, pero además de patologías previas con las que ya contaba el paciente, como aquellas crónicas no transmisibles, por ejemplo.

El derecho a la alimentación es un derecho internacional que se estableció desde 1948 en la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), y desde 1966 en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966). Dada su importancia, forma parte también de la Constitución Mexicana en el artículo 4to, en el que establece que “toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad” (CPEUM, 1917).

Los derechos humanos han sido estudiados por su importancia para el desarrollo de las poblaciones. En la investigación de Pautassi se analiza la tensión existente entre el reconocimiento de derechos de las personas, en especial el derecho a la alimentación adecuada, tal como se expresa en pactos y tratados internacionales de Derechos Humanos, y la escasa vinculación con el cuidado, el cual es entendido como el conjunto de actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción humana y social. Aplicando la metodología del enfoque de derechos y de género, el artículo aborda, por una parte, el alcance del derecho a la alimentación y el impacto a nivel de institucionalidad pública y, por

el otro, el reconocimiento reciente del cuidado como derecho a nivel regional y la invisibilización persistente en las políticas públicas. Los resultados obtenidos permiten presentar una agenda de investigación y acción que identifica tensiones y oportunidades para lograr la universalización en el ejercicio de derechos a partir de políticas públicas integrales e interdependientes (Pautassi, 2016).

1.1.2 El sistema normativo y gubernamental para la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados

Establecer un diagnóstico del estado nutricional de los pacientes hospitalizados permite identificar oportunamente a aquellos que están en riesgo, o que ya padecen algún déficit nutricional. Este diagnóstico individual se realiza en los hospitales para implementar estrategias pertinentes en la alimentación de estos pacientes para evitar la desnutrición intrahospitalaria, ya que puede condicionar la disminución de las funciones inmunológicas, una menor calidad de vida, mayor estancia hospitalaria por la disminución en el tiempo de recuperación, entre otros factores; por lo tanto, queda en evidencia la importancia de un adecuado servicio de alimentación respecto a la recuperación de los pacientes hospitalizados (Dávila, 2013).

Es por lo anterior que los diferentes sistemas que componen al IMSS deben administrar los recursos que reciben, tanto de la federación como de las Cuotas Obrero – Patronales (COP) (CdD, 2017), para brindar un servicio de alimentación adecuada de los pacientes hospitalizados y con ello proteger su derecho a la alimentación durante su estancia hospitalaria. Así mismo, se han establecido normas internas en el IMSS para guiar la manera de proceder de todas las autoridades respecto a su responsabilidad en la atención integral de los pacientes para garantizar la protección de sus derechos, entre ellos el derecho a la alimentación adecuada.

Con lo anterior, se espera que los pacientes reciban una atención oportuna, así como un servicio de alimentación individualizada, que cubra los requerimientos

nutricionales específicos de cada paciente en favor de su recuperación y calidad de vida durante su estancia hospitalaria, con lo cual se puede hablar entonces de la protección de su derecho a la alimentación (IMSS, 2017).

1.2 Definición del problema

La influencia de los sistemas normativo, educativo y gubernamental que repercute en la realidad social del Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Atlacomulco, Estado de México, para la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología.

1.3 Planteamiento del Problema

Con el paso del tiempo y a partir de sucesos históricos que han marcado a la humanidad se han redactado tratados internacionales, pactos, declaraciones y demás documentos internacionales que derivan en documentos normativos a nivel nacional, estatal o institucional. Por ejemplo, en 1948 se estableció la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual se ratificó en México en el mismo año.

Estas normas deben derivar en políticas públicas y Guías de Práctica Clínica (para el caso de los hospitales públicos) que determinen y orienten las acciones que de las autoridades responsables para hacer cumplir lo establecido en estos documentos. Así mismo, es indispensable informara a los actores responsables sobre estas responsabilidades, así como la vigilancia en la aplicación de estas acciones.

El sistema jurídico se compone del sistema normativo y del sistema gubernamental. El normativo corresponde a las leyes y normas que existen a nivel internacional, interamericano y nacional; el sistema gubernamental aborda tanto las leyes, reglamentos y normas internas de las instituciones gubernamentales, así como el cumplimiento de las directrices establecidas en el sistema normativo que apliquen a cada institución gubernamental. Por lo tanto, el sistema jurídico se relaciona con

nuestro objeto de estudio ya que México contempla leyes en su Constitución Política para la protección del derecho a la alimentación, así como el Instituto Mexicano del Seguro Social, el cual cuenta con un gran número de leyes, normas, guías y reglamentos que establecen el actuar de los responsables en la protección al derecho antes mencionado.

Por su parte, el sistema educativo se refiere a la obligación que tiene el Estado de instruir a la población en lo relativo a derechos humanos, no solamente a la población en general de manera que pueda conocer y ejercer sus derechos, sino también a los responsables de proteger los derechos de los ciudadanos, como lo son el personal médico y relacionado con la alimentación de los pacientes hospitalizados, de tal forma que, al conocer acerca de su responsabilidad, se involucren en las actividades que se les han delimitado desde un enfoque de protección a los derechos humanos de sus pacientes.

Cabe destacar que este sistema debe ofrecer educación correctamente definida y se debe establecer en los planes académicos de los diferentes niveles educativos, haciendo especial énfasis en la educación superior de los profesionales de la salud. Lo anterior entonces suma a la dignidad humana puesto que influye en el comportamiento de la sociedad, tanto de quienes ejercen el derecho como de quienes lo protegen. Así mismo resalta que, a pesar de que esto ha sido contemplado desde la normativa, los planes de estudio del nivel superior relativo a las profesiones que atienden a la salud no han contemplado la instrucción en derechos humanos, lo que impacta en la atención médica que se ofrece, particularmente a los pacientes hospitalizados.

Finalmente, esta investigación abordará la problemática analizando también la realidad social del Hospital General de Zona 252 del IMSS en Atlacomulco, Estado de México, para verificar la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología, observando la eficacia y eficiencia de la normativa aplicable.

1.4 Justificación

A partir de 2011, se realizaron reformas tras el ingreso de México en el Sistema de Dignidad Humana (SDH) (DOF, 2011), de acuerdo con el cual toda persona es sujeta de derechos, y cualquier acto de violación de sus derechos humanos representa el ingreso de esta persona o sector a la vulnerabilidad (CPEUM, 2023: art. 1). En el caso de las personas hospitalizadas del área de cirugía y traumatología, se habla de una población cuyo ejercicio de los derechos fundamentales está sujeta en gran parte a las autoridades que rigen en el hospital en donde se encuentra, por lo que es indispensable que ellas conozcan su responsabilidad respecto a este derecho, y entonces velen por la protección de los derechos de sus pacientes (DOF, 2023).

En consecuencia, la protección del derecho a la alimentación como derecho fundamental de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del HGZ 252 del IMSS es obligación de las autoridades de este hospital, tales como jefes de departamento, médicos especialistas, médicos residentes o pasantes, nutriólogos, dietistas, especialistas en nutrición, pasantes de nutrición y dietética, trabajadoras y trabajadores sociales, personal de enfermería, manejadores de alimentos, personal administrativo y toda persona que se relacione con la provisión de recursos económicos para el departamento de Nutrición y Dietética, quienes deben velar por la protección de este derecho de manera igualitaria y totalitaria por los pacientes ya mencionados (DOF, 2023).

A partir de las observaciones, encuestas y entrevista que se realizaron en el sitio de estudio, se encontraron diferentes barreras en el cumplimiento pleno del derecho a la alimentación adecuada de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del HGZ 252 del IMSS, como con la cantidad de alimentos que se les proporcionan, la cual se estandariza conforme al tamaño de la charola, pero que deberían de establecerse conforme a características individuales que los profesionales en la nutrición son capaces de diseñar en concordancia con sus requerimientos, los cuales son diversos y cambiantes, ya que se determinan por

factores antropométricos, bioquímicos, de edad, sexo, patología o diagnóstico médico, diagnóstico nutricional y otras características a considerar que resultan del pase de visita que se realiza en cada turno (IMSS, 2016). Así mismo, se identificaron algunas acciones que se realizan para la protección del derecho a la alimentación, como aquellas que tienen que ver con la garantía de la inocuidad alimentaria, las cuales serán discutidas en el capítulo V del presente trabajo.

1.5 Hipótesis del trabajo

Los sistemas normativo, educativo y gubernamental influyen directamente en la eficacia en la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Atlacomulco, Estado de México.

1.6 Objetivo General

Analizar, desde la accesibilidad universal, cómo influyen los sistemas normativo, educativo y gubernamental en la realidad social del Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Atlacomulco, Estado de México, para la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología.

1.6.1 Objetivos Específicos

1. Identificar a la alimentación de pacientes hospitalizados como un derecho fundamental, analizando desde la categoría de enfermedad las condiciones de edad, sexo, diagnóstico médico y diagnóstico nutricional como elementos de vulnerabilidad estructural.
2. Exponer el sistema normativo que regula el derecho a la alimentación desde la accesibilidad universal en México, que obliga al Sistema

Gubernamental en Salud a la protección del derecho a la alimentación de pacientes en hospitalización.

3. Reconocer el sistema educativo implicado en la protección al derecho a la alimentación de pacientes en hospitalización.
4. Mostrar la aplicación de los sistemas normativo, educativo y gubernamental en la protección del derecho a la alimentación desde la accesibilidad universal de los pacientes hospitalizados.
5. Analizar cualitativamente la realidad social de la protección del derecho a la alimentación de los pacientes en el servicio de cirugía y traumatología del Hospital General de Zona (HGZ) 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Atlacomulco, Estado de México.

1.7 Metodología

El enfoque de la investigación es cualitativo a través del análisis documental del sistema jurídico, además de la observación de campo para conocer la realidad social del HGZ 252 del IMSS, bajo las variables de sistema normativo, educativo y gubernamental en influencia de la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Atlacomulco, Estado de México.

Para la observación de campo, se realizó una visita al HGZ 252 del IMSS para conocer las actividades diarias del departamento de Nutrición y Dietética, así como el diseño y aplicación de encuestas al personal, y una entrevista al jefe del departamento para conocer los alcances del personal para la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología, además de conocer la aplicación de la normativa correspondiente.

Por otro lado, se realizaron acercamientos con las y los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México para conocer sobre su trayectoria académica profesional respecto a la Educación en Derechos Humanos,

de la cual participa México desde 2011, cuando firmó los acuerdos de la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre Educación y formación en materia de Derechos Humanos

Cabe destacar que, en el tiempo del estudio, México ya ha sido incorporado en el Sistema Internacional de Derechos Humanos que permite el reconocimiento de la accesibilidad universal, y por lo tanto la obligación de todo órgano gubernamental de proteger los derechos fundamentales, entre ellos la alimentación.

Capítulo II: Alimentación como un derecho fundamental de pacientes hospitalizados en México

Introducción

El presente capítulo se enfoca en presentar a la alimentación como un derecho fundamental de todo ser humano, especialmente las y los pacientes hospitalizados en México, mismos que por las condiciones que presentan se consideran personas en situación de vulnerabilidad, y tienen necesidades nutricionales específicas.

En este sentido, recuerda la obligación del Estado mexicano para tomar medidas que garanticen el acceso a una alimentación saludable para cualquier persona, para ello se presentan diversas instancias y reformas que respaldan este hecho, como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), entre otras.

Así mismo, se enfatiza en lo que derecho a la alimentación comprende, esto es, acceso a alimentos nutritivos, suficientes, inocuos, saludables, accesibles, asequibles y culturalmente aceptables; además, se aborda que la alimentación adecuada debe considerar factores como la edad y el sexo del paciente, y el diagnóstico médico y nutricional.

Finalmente se destaca la importancia de una vigilancia continua del estado nutricional de los pacientes desde su ingreso y durante su estancia para prevenir la desnutrición intrahospitalaria y asegurar su recuperación y calidad de vida, y así proteger el derecho a la alimentación y asegurar una buena calidad de vida.

2.1 Alimentación como derecho fundamental

El derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en México está respaldado por el Sistema Internacional de Derechos Humanos (SIDH), que fue incorporado al sistema jurídico mexicano tras la ratificación de la Declaración

Universal de Derechos Humanos (DUDH) en 1948 y reflejado en las reformas constitucionales de 2023. Este derecho se fundamenta en los principios de igualdad, libertad y no discriminación, otorgando a los pacientes hospitalizados el reconocimiento como sujetos de derechos. La DUDH establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, sin hacer distinción por ninguna condición. Asimismo, garantiza el derecho a un nivel de vida adecuado que incluye la alimentación y los servicios médicos, sin importar la condición de la persona (ONU, 1948).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ratificado por México en 1981, reconoce el derecho a la alimentación como parte del nivel de vida adecuado para todos los ciudadanos, incluidos los pacientes hospitalizados, y establece la obligación del Estado de tomar medidas para garantizar este derecho. Además, en respuesta a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, México creó el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible en 2017 (CEPAL, 2018), con el objetivo de mejorar la nutrición y asegurar el acceso a una alimentación saludable para todas las personas, incluyendo a los pacientes hospitalizados.

Los pacientes en hospitalización son considerados personas en situación de vulnerabilidad, ya que se encuentran limitados a un espacio como resultado de sus condiciones en salud, por lo que la protección de sus derechos es una responsabilidad directa del personal de la institución médica en la que se encuentran internados, quienes deben garantizar el derecho a la salud, promoviendo servicios de calidad y acciones preventivas, lo que incluye la nutrición adecuada como base para la salud pública, así como la calidad de vida de los pacientes hospitalizados. Para proteger lo antes mencionado, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) (CPEUM, 2023) contempla en su artículo 4 las características que debe cumplir la alimentación cuando se habla de la protección a este derecho. Es por lo anterior que se creó la Ley General en

Salud (LGS), la cual tiene como objetivo establecer los lineamientos en la protección de este derecho (DOF, 1984).

Así mismo, se han establecido normas internas en el IMSS para guiar la manera de proceder de todas las autoridades respecto a su responsabilidad en la atención integral de los pacientes para garantizar la protección de sus derechos, entre ellos el derecho a la alimentación adecuada.

Con lo anterior, se espera que los pacientes reciban una atención oportuna, así como un servicio de alimentación individualizada, que cubra los requerimientos nutricionales específicos de cada paciente en favor de su recuperación y calidad de vida durante su estancia hospitalaria, con lo cual se puede hablar entonces de la protección de su derecho a la alimentación (IMSS, 2017).

2.1.1 Alimentación adecuada de los pacientes de acuerdo con sus características

El Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos (CCVDH) define el derecho a la alimentación como se cita a continuación:

Se refiere al derecho de toda persona a una alimentación adecuada, nutritiva, diaria, suficiente y de calidad con alimentos inocuos, saludables, accesibles, asequibles y culturalmente aceptables que le permitan gozar del más alto nivel de desarrollo humano posible y la protejan contra el hambre, la malnutrición y la desnutrición”; es decir el acceso en todo momento a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla (CDHCDMX, 2019): pág. 31).

Resulta interesante ahondar en las consideraciones de la definición anterior, ya que cada una de ellas constituye un eje para la alimentación sana de las personas. Las adecuaciones en la alimentación se refieren a los cambios que se realizan para

individualizar los alimentos que consume cada persona con base en cuestiones específicas (Hernández, 2017), como lo puede ser la textura de los alimentos, por ejemplo, cuando se trata de una persona con la dentición incompleta, ya sea un bebé o una persona mayor, para quienes por lo general prefieren consumir alimentos suaves.

Por su parte, una alimentación nutritiva es aquella que no solamente cubre las necesidades calóricas, sino las de los nutrimentos indispensables para que el ser humano realice sus funciones corporales en plenitud (del Razo, 2020), por lo tanto, su importancia está estrechamente ligada a que debe llevarse diariamente, tal como se especifica en el CCVDH puesto que el organismo no reserva todos los nutrimentos, además de que hace uso de ellos para cada función orgánica.

Se considera como suficiente a la alimentación que cubre las necesidades de todos los nutrimentos que un organismo individual requiere dadas sus características intrínsecas, como lo puede ser la edad; una alimentación insuficiente en cantidad compromete funciones del cuerpo como la inmunidad o la restauración de tejidos, entre otras (del Razo, 2020). Sin embargo, cuando una persona tiene una sobrealimentación compromete igualmente su salud, ya que el exceso de nutrimentos puede acumularse, tendiendo al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como la obesidad o enfermedades de las arterias (CDC, 2023).

Cuando se habla de calidad en los alimentos, se consideran variables diversas, como la inocuidad, la cual significa que no represente un potencial daño a la salud, bien sea por sus ingredientes o por su contenido de microorganismos u otras cuestiones nocivas (OMS, 2020). Por su parte, se considera que un alimento es saludable cuando promueve el buen funcionamiento del cuerpo y favorece la prevención de enfermedades (OMS, 2018).

La protección del derecho a la alimentación va más allá de consideraciones nutricionales y abarca características cruciales como la accesibilidad y la asequibilidad. La accesibilidad implica que los alimentos estén disponibles para su obtención (Andrade, 2022), especialmente relevante para personas en situaciones de vulnerabilidad. Por otro lado, la asequibilidad se refiere a que las personas cuenten con los recursos económicos necesarios para adquirir alimentos con las características descritas anteriormente, asegurando así el acceso a una alimentación adecuada (Royo, 2017).

Finalmente, los alimentos a los que la población tiene acceso deben ser también culturalmente aceptables, ya que la alimentación no es solamente una necesidad fisiológica, sino una actividad estrechamente relacionada a la cultura e incluso a las relaciones sociales, por lo que incluso algunos autores se refieren a esta característica como “culturalmente apropiada” (FAO, 2021).

Por otro lado, la nutrición clínica considera diversos factores para establecer el requerimiento nutricional de cada paciente; para la presente investigación se determinarán solo las cuestiones relacionadas con la edad y el sexo como variables para la individualización de los tratamientos nutricionales. Así mismo, se considerará el diagnóstico médico, dado que la condición de salud subyacente al ingreso del paciente en el área de cirugía hospitalaria influye en su estado nutricional y, por ende, en las decisiones respecto a la planificación dietética. Además, se considerará el diagnóstico nutricional, el cual deberá obtenerse al ingreso del paciente y mantenerse una estrecha vigilancia para detectar cambios importantes de manera oportuna, de tal forma que se prevenga, en tanto sea posible, la desnutrición intrahospitalaria. Esta vigilancia del estado nutricional debe aplicarse a todos los pacientes (Salusso, 2019).

En el área de hospitalización para pacientes del servicio de cirugía y traumatología y traumatología del HGZ 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se

atiende a personas desde adolescentes hasta personas mayores, exceptuando a las embarazadas o lactantes, por lo que a continuación se desglosan algunas generalidades que se toman en cuenta para el manejo nutricional en estas etapas de la vida, tanto por edad como por sexo.

2.2 Recomendaciones nutricionales por etapa de la vida

2.2.1 Adolescentes

Esta etapa del desarrollo humano está comprendida entre los 12 y los 18 años; se trata de un período de cambios a nivel fisiológico, psicológico y cognitivo, siendo la pubertad el momento de mayor crecimiento, así como del desarrollo de características que permitirán la reproducción, tanto por la producción hormonal como por el desarrollo de características fisiológicas. El crecimiento físico durante esta etapa es mayor que en la primera infancia; se estima que, en la pubertad, los adolescentes crecen hasta el 25% de la estatura que tendrán como adultos (Grandía, Monzón, Ramos, Quesada, & León, 2021).

Aunque el crecimiento se detiene al alcanzar la madurez sexual, el aumento de peso continúa hasta el final de la adolescencia (González & Expósito, 2020), por lo que esta etapa es un punto de atención para el personal médico-nutricional, ya que, si las necesidades de nutrimentos se incrementan por cuestiones esperadas de la cirugía y el internamiento, se deberá vigilar que estos requerimientos sean cubiertos a partir de la dieta que se ofrezca al paciente, de manera que no solamente se promueva la recuperación, sino que el desarrollo del adolescente continúe de la manera esperada.

Existen tablas y percentiles que marcan la estatura y el peso esperado para la edad en adolescentes, tanto mujeres como hombres. A partir de ellas es posible establecer un parámetro de necesidades nutricionales generales, las cuales servirán de base para establecer el abordaje nutricional, el cual contemplará

también otros factores individuales, tales como el diagnóstico médico y diagnóstico nutricional.

Proteínas

En esta etapa de la vida, las necesidades proteicas varían de acuerdo con el grado de madurez física. En promedio, la Ingesta Diaria Recomendada (IDR) por edad, de acuerdo con *Institute of Medicine, Food and Nutrition Board (IMFNB)*, son las que se muestran en tabla 1.

Tabla 1. IDR de proteínas para adolescentes

Edad (años)	Necesidades Medias Estimadas (NME) (g/kg/día)	Cantidad Diaria Recomendada (CDR) (g/kg/día)
9-13	0.76	0.95 o 34 g/día*
14-18 (varones)	0.73	0.85 o 52 g/día*
14-18 (mujeres)	0.71	0.85 o 46 g/día*

Tabla 1. IDR de proteínas para adolescentes, según la edad. () Basado en el peso medio para la edad. Elaboración propia basada en (IMFNB, 2002).*

Hidratos de Carbono y Fibra

Se estima que los adolescentes requieren 130g/día (Hollis, y otros, 2020), sin embargo, se debe tomar en cuenta que, si el adolescente realiza actividad física, se encuentra en etapa de crecimiento activo, o se incrementan las necesidades energéticas por algún otro motivo, como lo puede ser la recuperación o el estrés postquirúrgico, se necesitan hidratos de carbono adicionales para cubrir los requerimientos energéticos. Así mismo, si el adolescente tiene alguna discapacidad que limite su movilidad, podría requerir menos hidratos de carbono.

En cuanto a la fibra, se considera que los adolescentes entre 9 y 13 años requieren 31g/día, mientras que los adolescentes hombres de 14 a 18 años necesitan 38g/día y las mujeres del mismo rango de edad deberían ingerir 26g/día (Bustamante, Luzuriaga, Rodríguez, & Espadero, 2022).

Grasas

Si bien no se han establecido valores de IDR para estos macronutrientes, se recomienda que su aporte total corresponda al 30-35% de las calorías totales ingeridas en el día (González & Expósito, 2020). Dentro de estos porcentajes, las grasas saturadas no deberán superar el 10%.

A continuación, se presentan datos acerca de los requerimientos de grasas de acuerdo con la edad y el sexo de los adolescentes.

Tabla 2. Valores de Ingesta Adecuada en la adolescencia.

Tipo de grasa	Niñas de 9-13 años	Niños de 9-13 años	Adolescentes mujeres de 14-18 años	Adolescentes hombres de 14-18 años
Poliinsaturadas ω -6	10 g/día	12 g/día	11 g/día	16 g/día
Poliinsaturadas ω -3	1 g/día	1.2 g/día	1.1 g/día	1.6 g/día

Tabla 2. Ingesta adecuada (IA) de grasas en la adolescencia. Elaboración propia basada en (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2012).

Vitaminas y minerales

Las funciones corporales requieren de vitaminas y minerales específicas. Es por ello que el derecho a la alimentación contempla, por ejemplo, que los alimentos ingeridos sean variados, ya que cada uno de ellos aporta diferentes de estos micronutrientes. En la adolescencia resaltan las necesidades de ciertas vitaminas

y minerales por las funciones que desempeñan en el cuerpo; tal es el caso de la vitamina D y el calcio, las cuales actúan en sinergia.

Las necesidades de calcio en la adolescencia se incrementan como resultado del acelerado desarrollo muscular, esquelético y endócrino; las necesidades de este mineral son mayores en esta etapa que en ninguna otra etapa de la vida. A los 18 años, una mujer ya tiene el 92% de su masa ósea, por lo que en la adolescencia es trascendental la prevención de la osteoporosis (Sosa & M.J., 2021). La IA de calcio en adolescentes es de 1.300 mg/día.

La vitamina D juega entonces un papel indispensable en el desarrollo de los adolescentes, ya que facilita la absorción y metabolismo del calcio y el fósforo. La IA de esta vitamina es de 15 mcg. para la población adolescente (National Institutes of Health, 2022).

La IDR de ácido fólico o vitamina B9 para los adolescentes es de 300 µg/día cuando tienen entre 9 y 13 años, e incrementa a 400 µg/día desde los 14 y hasta los 18 años. Este micronutriente desempeña un papel importante en el soporte de la acumulación de masa corporal magra (González & Expósito, 2020), así como el hierro, el cual además se vuelve indispensable en esta etapa de la vida por el aumento en el volumen de eritrocitos que resulta del crecimiento activo en punto de necesidad máxima, así como la aparición de la menstruación.

La IDR de este mineral en niñas es de 8mg/día antes de los 13 años, o del inicio de la menstruación; la necesidad de hierro se mantiene elevada en las mujeres aún después de los 18 años. En varones la IDR es de 8 a 11 mg/día (Uribe-Risco, Villacis-Poved, & Padilla-Moreira, 2020).

2.2.2 Adultos

Esta etapa de la vida se caracteriza por largos años en los que ocurren cambios paulatinos a nivel fisiológico, madurativo y social. En esta etapa se individualiza mucho más el abordaje nutricional, el cual parte de la antropometría, la bioquímica, el estilo de vida del paciente, los diagnósticos médicos de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus tipo II o la hipertensión, las cuales suelen aparecer en este rango de edad, y determinan algunas modificaciones en la planeación dietética que se establecerá como parte del tratamiento integral del paciente.

Energía

Existen fórmulas que consideran valores antropométricos para personalizar el requerimiento energético de cada paciente, sin embargo, las cifras que oscilan entre 1800kcal y 2500 kcal/día por lo general cubren los requerimientos de gran parte de la población adulta (Sena-Rojas, 2023).

Proteínas

Los valores recomendados para la generalidad de los adultos son entre 0.8 y 1 g de proteína por kilogramo de peso por día, sin embargo, en algunos casos estos valores pueden cambiar, por ejemplo, en algunas enfermedades renales los requerimientos son menores, mientras que los pacientes que han sufrido quemaduras pueden requerir hasta 2g/kg de peso/día. Como parámetro general, el aporte calórico proveniente de proteínas debe corresponder al 15-25% de las calorías totales consumidas en un día. Se deberán preferir aquellas proteínas de alto valor biológico, ya que estas tienen una mayor biodisponibilidad (Hernández-Ledesma, 2020).

Hidratos de carbono y fibra

Los carbohidratos son la principal fuente de energía para el organismo, por lo que su aporte en el consumo total diario de calorías corresponde al 50 - 55%. Este valor puede ser menor cuando se trata de un paciente que cursa con hiperglucemia como respuesta al estrés fisiológico, o bien, si tiene algún diagnóstico como Diabetes Mellitus (Alvariñas, y otros, 2020). Así mismo, se deberá cubrir el requerimiento a partir de alimentos de alto valor nutricional, como lo son los granos enteros, las verduras y las frutas. En cuanto a la fibra, la OMS recomienda el consumo de 25 gr/día (OMS, 2018).

Grasas

El aporte promedio de este macronutriente debe corresponder al 25-35% de las calorías totales, sin embargo, este valor podría variar en pacientes que tienen alguna dislipidemia, por ejemplo. El aporte de grasas saturadas no deberá superar el 8 - 10%, mientras que las grasas trans deberán evitarse por completo (Alvariñas, y otros, 2020)

Vitaminas y Minerales

Los adultos suelen tener un bajo consumo de alimentos frescos como verduras y frutas, las cuales son buenas fuentes de diversas vitaminas y minerales. Además de esto, las personas en la edad adulta suelen tener una dieta poco variada, con lo que el aporte de micronutrientes indispensables para esta etapa, como lo son el calcio, el fósforo, magnesio, selenio, entre otros, se ve limitada (García E. e., 2020). En esta etapa de la vida, los adultos ya tienen hábitos establecidos, sin embargo, es una oportunidad para el personal médico y de nutrición valorar el consumo habitual del paciente y contrarrestarlo con el estado nutricional con el que el paciente ingresa a hospitalización, de manera que se comparta información

respecto a cambios en los hábitos alimenticios que cada paciente puede hacer para favorecer y mantener su salud cuando sea dado de alta (Penagos, 2022)..

El calcio y la vitamina D son micronutrientes que actúan sinérgicamente como factores preventivos de osteoporosis. Cubrir el requerimiento de estos micronutrientes es indispensable en esta etapa, ya que es la antesala de las personas mayores, quienes tendrán una desmineralización ósea propia de la edad; si en la edad adulta no se tienen huesos saludables como resultado de una alimentación pobre en calcio y vitamina D, la desmineralización será aún mayor cuando ese paciente llegue a la tercera edad (Nuñez & Savulsky, 2022).

Por otro lado, el consumo de sodio y potasio deberá mantenerse en vigilancia, ya que, como se mencionó anteriormente, las enfermedades cardíacas de larga evolución suelen aparecer en esta etapa de la vida. El IDR de sodio es 2,300 miligramos (mg) al día (FDA, 2024), mientras que el de potasio es de 3,400 mg para hombres y 2,600 mg para mujeres (NIH, 2019).

Establecer un diagnóstico del estado nutricional de los pacientes hospitalizados permite identificar oportunamente a aquellos que están en riesgo, o que ya padecen algún déficit nutricional. Este diagnóstico individual se realiza en los hospitales para implementar estrategias pertinentes en la alimentación de estos pacientes para evitar la desnutrición intrahospitalaria, ya que puede condicionar la disminución de las funciones inmunológicas, una menor calidad de vida, mayor estancia hospitalaria por la disminución en el tiempo de recuperación, entre otros factores; por lo tanto, queda en evidencia la importancia de un adecuado servicio de alimentación respecto a la recuperación de los pacientes hospitalizados (Dávila, 2013).

Las investigaciones recientes refieren que la implementación de un protocolo al ingreso de los pacientes en el que se realice una valoración del estado nutricional,

así como la intervención con soporte nutricional en los casos pertinentes, puede ayudar a evitar o retrasar el deterioro de su estado nutricional durante la hospitalización (Sanz, 2020).

2.2.3 Personas Mayores

Por lo general, las personas mayores de 60 años suelen presentar diferentes factores de riesgo, tales como la demencia, disfagia, trastornos gastrointestinales, depresión, mala dentición, polifarmacia, sarcopenia, enfermedades crónicas no transmisibles de larga evolución, sedentarismo, dinapenia, aislamiento social, entre otros. La suma de estas condiciones contribuye al desarrollo de la desnutrición, así como al deterioro escalonado de la salud y la calidad de vida (Sanz, 2020).

Energía

Las IDR recomiendan 3.067 kilocalorías (kcal) por día para los hombres y 2.403 kcal/día para mujeres (Magne-Taquichiri, 2023). Sin embargo, muchas personas mayores tienen necesidades nutricionales especiales que resultan de los cambios en la absorción, aprovechamiento o excreción de los nutrimentos, por lo que la individualización del abordaje nutricional deberá considerarse en todos los casos.

Proteínas

Las IDR de proteínas en las personas mayores de 65 años no son específicas, sin embargo, el mínimo recomendado es de 1 a 1.2 g. de proteína / kg de peso corporal (g/kg); resulta beneficioso para la salud de pacientes con diabetes o disfunción renal el ajuste entre 0.8 y 1 g/kg/día (Symons TB, 2009). En cualquier caso, el aporte total de proteínas deberá distribuirse uniformemente a lo largo del día, de tal forma que ninguna comida exceda los 30g de proteína (Mahan, Escott-Stump, & Raymond, 2012). Las personas que se han especializado en la nutrición clínica cuentan con el

criterio clínico y las herramientas metodológicas necesarias para precisar los requerimientos individuales para cada paciente.

Hidratos de carbono y fibra

Los hidratos de carbono deberán corresponder al 45-65% del total de las calorías ingeridas por día, preferentemente a partir de alimentos que aporten hidratos de carbono complejos, tales como las legumbres, verduras, frutas y cereales integrales, con los cuales se deberán cubrir 30 g de fibra para hombres y 21 g de fibra para el caso de las mujeres (Gutiérrez-Ovalle, 2021).

Grasas

Este nutrimento tiene diversas funciones en el cuerpo, sin embargo, se deberá vigilar que su aporte para la persona mayor corresponda al 20-35% del total de calorías ingeridas durante el día, así como la vigilancia del tipo de grasas que se ingieren, ya que en esta etapa de la vida el diagnóstico de cardiopatías es frecuente (Magne-Taquichiri, 2023). Cabe mencionar que la restricción excesiva de grasas altera el sabor y textura de los alimentos, lo cual puede afectar negativamente a la alimentación, y con ello al peso y la calidad de vida, por lo que se sugiere la ingestión de grasas saludables en lugar de la restricción (Vindas-Smith, 2022).

Vitaminas y Minerales

Las principales vitaminas para este grupo de edad son la vitamina B12, ya que su ingestión y absorción suelen estar disminuidas, tanto por la disminución en la ingestión, como por la reducción fisiológica del ácido gástrico que favorece su absorción, así como la vitamina D, el folato y vitamina B9 (Morales-Castillejos & Cardoso-Reyes, 2022). La suplementación puede ser una vía de administración, así

como la ingestión de alimentos ricos en estos nutrimentos, o bien, enriquecidos, además de la exposición regular al sol para favorecer la producción de vitamina D.

En cuanto a los minerales, el calcio, potasio, sodio y zinc cobran vital importancia en esta etapa de la vida. Algunas de sus funciones se han discutido anteriormente en este capítulo.

Otro factor a considerar es el estado de hidratación del paciente, ya que suele haber una disminución en el consumo de líquidos, así como en la función renal y el aumento de pérdidas causadas por el incremento del gasto urinario que resulta de la medicación (Guerville, Villain, & Beuscart, 2023).

Es importante agregar que, aunque se han expuesto las necesidades que resaltan en cada etapa de la vida, se deben evaluar las necesidades adicionales que surgen a partir del diagnóstico y tratamiento médico; en caso de que se identifique a algún paciente con desnutrición al ingreso en hospitalización, se establecerá un tratamiento nutricional que aborde todas las condiciones que presente este paciente, de tal forma que la alimentación que se le ofrezca durante su estancia hospitalaria cumpla con lo establecido en la normativa, tanto internacional, nacional y gubernamental, la cual se ha descrito anteriormente.

2.3 Importancia de una alimentación adecuada durante la estancia hospitalaria

El diagnóstico médico con el que ingresa el paciente al servicio de cirugía y traumatología suele derivar de hábitos de alimentación poco saludables, o bien, de algún accidente, tal como una quemadura o fractura, por ejemplo. A partir de los órganos involucrados en el proceso patológico, el abordaje nutricional tiende a adecuarse para evitar comprometerlo aún más. Por otro lado, en diferentes condiciones de salud el organismo requiere diferentes nutrimentos que favorecen la recuperación. Finalmente, los alimentos, por su composición nutricional y por su

textura, pueden favorecer a la disminución de síntomas, como náuseas, estreñimiento o diarrea, por mencionar algunos.

La tabla 3 resume los factores que han de tomarse en cuenta para el abordaje nutricional integral de los pacientes.

Tabla 3. Factores físicos, fisiopatológicos, psicosociales, emocionales y económicos a considerar como parte del abordaje nutricional.

Factores Físicos y Fisiopatológicos
Deterioro general de las funciones fisiológicas
Cambios sensoriales (gusto, olfato, oído y vista)
Disminución de la sensación de sed
Problemas de masticación, deglución, absorción, utilización y excreción de los nutrientes
Falta de apetito
Cambios metabólicos, neurológicos, cardiovasculares, renales y de la función inmunológica
Menor actividad física
Discapacidad
Enfermedades crónicas, pluripatologías, dolor crónico
Alteraciones musculoesqueléticas
Cáncer
Dietas restrictivas y regímenes por enfermedad
Polifarmacia crónica y automedicación
Factores Psicosociales, Emocionales y Económicos
Abandono de la actividad laboral
Bajos ingresos, pobreza
Soledad, marginación, dependencia
Ingreso hospitalario
Depresión, confusión, ansiedad
Hábitos alimentarios poco saludables, arraigados y rígidos
Escasos conocimientos sobre nutrición
Falta de asesoría para preparar dietas equilibradas, terapéuticas, agradables y asequibles
Tabaquismo y consumo de alcohol

Tabla 3. Factores fisiológicos, patológicos, psicosociales, emocionales y económicos a considerar como parte del abordaje nutricional de los pacientes hospitalizados. Elaboración propia basada en (Sanz, 2020).

Además de las consideraciones particulares para favorecer el curso de la enfermedad de base durante la estancia hospitalaria, es indispensable vigilar estrechamente el estado de nutrición de cada paciente, no solo al ingreso, sino durante su estancia hospitalaria, lo cual permitirá realizar ajustes oportunos en el abordaje nutricional. Para lo anterior, existen numerosos métodos de evaluación nutricional diseñados para diferentes propósitos, ya sea para la población en general, como el *Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002)* o el *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*, o dirigidos específicamente a ciertos grupos demográficos, como el caso de las personas mayores, siendo el *Subjective Global Assessment (SGA)* y el cuestionario *MNA®* los más utilizados (Sanz, 2020).

En el entorno hospitalario, diversos factores de ingreso se han asociado con un mayor riesgo de Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE), como fracturas óseas, problemas de deglución, enfermedades respiratorias crónicas y úlceras por presión (Sanz, 2020). El envejecimiento o la enfermedad pueden condicionar cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos que pueden afectar la ingesta de alimentos y aumentar las necesidades nutricionales o crear problemas de metabolismo. Esto crea un desequilibrio entre las necesidades y la ingesta de nutrientes, aumentando el riesgo de DRE. Factores como la hospitalización, la dependencia en la alimentación, la salud oral deficiente, la disminución de la función física y el apetito reducido también aumentan este riesgo (Salusso, 2019).

La disfagia orofaríngea es común en la población de personas adultas mayores, así como de personas con cáncer de cabeza y cuello que reciben radioterapia, por ejemplo, y se ha vinculado estrechamente con la DRE, al igual que las demencias graves y enfermedades neurológicas como el Alzheimer, que pueden provocar pérdida de apetito y dificultades para tragar. La DRE puede ser tanto causa como consecuencia de la enfermedad, dando lugar a una serie de complicaciones graves como pérdida muscular, anemia, osteoporosis, disfunción inmunitaria y deterioro cognitivo (Sanz, 2020).

2.4 Recuperación y calidad de vida

Cuando se habla de la alimentación como un derecho, se habla de una necesidad básica para gozar de la vida en plenitud. Aunque los procesos de salud-enfermedad son algo natural para los seres vivos, es claro que la alimentación juega un papel fundamental, no solo en el mantenimiento de la salud, sino en la recuperación de ella tras un proceso de enfermedad, e incluso, en el trascurso propio de la enfermedad; es decir, una enfermedad puede tener un pronóstico menos favorable cuando el paciente tiene un diagnóstico nutricional de desnutrición o malnutrición (Veissetes, 2022).

Las proteínas tienen diversas funciones en el cuerpo, tanto estructurales al formar parte de la piel, el tejido conectivo y los músculos, así como de defensa, ya que todos los anticuerpos y otras células del sistema inmunológico se forman a partir de proteínas. Así mismo, algunas moléculas que transportan sustancias, tal como la hemoglobina que transporta oxígeno en la sangre para entregarlo a cada célula del cuerpo, son proteínas. Además, la cicatrización y regeneración de los tejidos depende en gran manera de este macronutriente (Romero, 2022).

Si bien la relación entre la inmunidad y la nutrición es compleja y multifacética, las vitaminas y minerales son indispensables en la función inmunológica (Ferrerres, 2023). A continuación, se mencionan las principales funciones de algunos micronutrientes que destacan por su participación en la inmunidad saludable.

La vitamina C, desempeña un papel activo en las defensas inmunitarias, mejorando la actividad de los fagocitos y las células natural killer, y fortaleciendo la respuesta antimicrobiana y la producción de citoquinas (Mojica, 2020). Por su parte, la vitamina D, con receptores presentes en numerosas células del sistema inmunológico, contribuye a la integridad de las barreras mucosas, la función inmunológica y la respuesta antiinflamatoria. La deficiencia de vitamina D se relaciona con un mayor

riesgo de infecciones respiratorias, mientras que su adecuado nivel se asocia con un sistema inmunológico saludable y una menor incidencia de infecciones virales y bacterianas (Ferrerres, 2023). Con lo anterior es posible identificar que los micronutrientes tienen funciones imprescindibles para la salud, la recuperación y la calidad de vida, además de que trabajan en conjunto, por lo que su aporte debe garantizarse, tanto en cantidad como en variedad; esto es posible cuando la alimentación de las personas incluye diversos alimentos de manera constante y suficiente.

El zinc, reconocido por su capacidad antioxidante y su función inmunoreguladora, es esencial para la maduración y regulación del sistema inmunológico (López, 2022). La suplementación con zinc ha demostrado reducir la duración y la incidencia de infecciones, siendo su deficiencia un factor de riesgo para una función inmunitaria comprometida e infecciones recurrentes (Ferrerres, 2023). Este mineral puede encontrarse en carnes rojas y en carnes de aves, por lo que deberán incluirse estos alimentos en la planeación dietética, o bien, procurar el consumo de cereales o alimentos fortificados con este micronutriente.

Las vitaminas A, E, B6, B9 y B12, así como oligoelementos como el cobre, el hierro y el selenio, desempeñan roles importantes en el mantenimiento de un sistema inmunológico saludable (Ferrerres, 2023). Estos nutrientes trabajan de manera conjunta para fortalecer las defensas del organismo, regular las respuestas inflamatorias y mantener la integridad de las barreras físicas y químicas.

Como se ha mencionado, el personal encargado de la planificación de dietas en hospitalización deberá tener conocimiento de las funciones que tienen los nutrientes en el cuerpo, así como de los alimentos en los que se pueden encontrar estas moléculas, de manera que los incluya de manera variada, suficiente, equilibrada y adecuada, así como inocua, en los menús que se ofrecerán a los pacientes hospitalizados.

2.5 La desnutrición intrahospitalaria y sus consecuencias

Existen varios estudios realizados en pacientes hospitalizados que evidencian la importancia de vigilar el estado nutricional de los pacientes, desde su ingreso y durante su estancia, para lo cual existen más de 70 métodos de cribado nutricional (Sanz, 2020), los cuales facilitan el diagnóstico y permiten un abordaje oportuno respecto a las consideraciones médico-nutricionales que deberán considerarse con cada paciente a lo largo de su estancia hospitalaria, no solo porque lo indica la normativa institucional, la cual se discutirá en el siguiente capítulo, sino porque son métodos estandarizados que agilizan la forma de identificar a las personas hospitalizadas que puedan requerir una intervención oportuna para la prevención.

Los pacientes suelen ingresar con determinado estado nutricional, el cual puede verse deteriorado por diferentes factores que ocurren durante su estancia hospitalaria, tales como el ayuno que requieren algunos estudios o procedimientos médicos, el incremento de requerimientos calóricos y/o de nutrimentos específicos propios de la patología con la que cursa el paciente, la recuperación, el estrés quirúrgico, las alteraciones del estado del gusto, modificaciones en el apetito e incluso el estado anímico del paciente. Es por lo anterior que resalta la importancia de realizar tamizajes nutricionales con frecuencia para detectar oportunamente a aquellos pacientes cuyo tratamiento y vigilancia nutricional deben realizarse constante y permanente, con la frecuencia que se determine, ya sea por la herramienta de cribado que se haya implementado, o bien, conforme a los criterios del profesional en nutrición (Villaverde-Núñez, 2021).

La figura 1 muestra la prevalencia de desnutrición que se obtuvo en el estudio realizado por Sanz (Sanz, 2020), el cual utilizó el instrumento de cribado Valoración Global Subjetiva (VGS) NRS-2002. En este estudio resalta la validez de los resultados, ya que se obtuvieron a partir de dos métodos de cribado estandarizados y cuya fiabilidad ha sido comprobada (García R. , 2020).

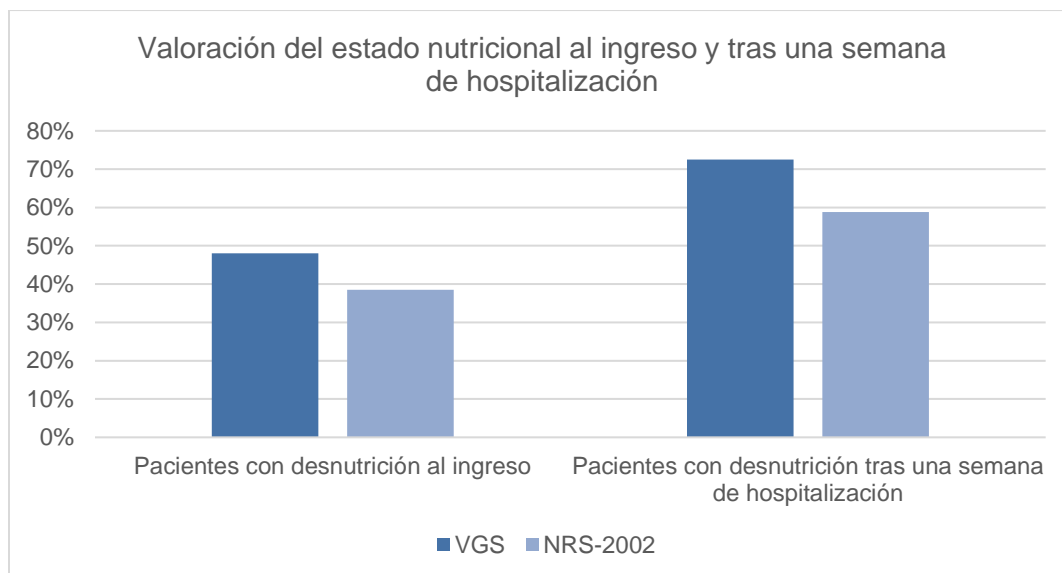


Figura 1. Elaboración propia basada en datos de (Sanz, 2020).

La figura 1 permite observar el significativo incremento de pacientes con desnutrición en tan solo una semana de internamiento. Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona a la desnutrición hospitalaria, así como sus repercusiones, como enfermedades altamente prevenibles a partir de la alimentación adecuada (OMS, 2003). Así mismo, permite identificar que, tras 7 días de hospitalización, aquellos pacientes que ingresaron con un diagnóstico nutricional de desnutrición, no mostraron mejoría en ninguno de los métodos de cribado.

Los hallazgos descubiertos nos brindan una visión general de la desnutrición en el ámbito hospitalario, ilustrando la evolución nutricional de los pacientes durante su hospitalización y destacando los momentos críticos que requieren intervención. Es crucial que el personal médico tome conciencia de esto y tome medidas apropiadas.

Deducciones

La alimentación “adecuada, nutritiva, diaria, suficiente y de calidad con alimentos inocuos, saludables, [...] culturalmente aceptables que le permitan gozar del más alto nivel de desarrollo humano posible y la protejan contra el hambre, la malnutrición y la desnutrición” (CDHCDMX, 2019): pág. 31) se puede lograr con una planeación dietética adecuada.

Además, existen algunos tratamientos médico-nutricionales que se pueden utilizar para la protección del derecho a la alimentación de los pacientes, tal como la suplementación, la alimentación enteral y la alimentación endovenosa, las cuales estarán indicadas cuando los requerimientos no puedan cubrirse con la alimentación (Ortiz, y otros, 2023).

La caracterización del derecho a la alimentación está alineada con las recomendaciones de la medicina. Cuando la alimentación de las personas se lleva a cabo conforme a lo que este derecho redacta, las personas pueden gozar del más alto nivel de salud, y con ello se suma a una buena calidad de vida. Es por ello indispensable la protección de este derecho para todas las personas, incluyendo las que son vulnerables porque se encuentran en hospitalización.

Capítulo III: Sistema jurídico de protección al derecho a la alimentación del paciente hospitalizado

Introducción

En el capítulo II se abordó a la alimentación en pacientes hospitalizados como un derecho fundamental, y se destacó la obligación del Estado mexicano de garantizar una alimentación saludable misma que considere acceso a alimentos nutritivos, suficientes, seguros, saludables, accesibles y culturalmente aceptables, considerando factores como la edad, sexo y diagnóstico del paciente; atendiendo al monitoreo constante del estado nutricional de los pacientes para prevenir la desnutrición intrahospitalaria y asegurar su recuperación y calidad de vida.

Es así como en el capítulo III se traslada, del derecho y la necesidad de atención a un sistema jurídico que respalde lo ya mencionado. Por lo tanto el presente capítulo consiste en analizar de manera inductiva, a partir de un marco jurídico internacional, la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados; como una obligación gubernamental que corresponde a partir del sistema de protección de derechos humanos en México; para ello se toma en cuenta documentos como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y la Agenda 2030, Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (CEPAL, 2018).

Para analizar el marco jurídico del objeto de estudio también se revisarán documentos del sistema normativo mexicano a nivel federal como la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y la Ley General de Salud (LGS), así como el sistema gubernamental del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), todas ellas aplicables a la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del HGZ 252 del IMSS.

En 2011, México ingresó al Sistema Internacional de Derechos Humanos con las reformas a la constitución para un sistema de protección, ya no garantista, que permite ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (IDH) la obligatoriedad del control de convencionalidad en el que se expresa que todo lo firmado y ratificado hará ley en el sistema jurídico mexicano (DOF, 2011).

Es importante destacar la definición de derecho a la alimentación, para lo cual se retoma lo que establece el Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos (CCVDH) (CDHCDMX, 2019):

Se refiere al derecho de toda persona a una alimentación adecuada, nutritiva, diaria, suficiente y de calidad con alimentos inocuos, saludables, accesibles, asequibles y culturalmente aceptables que le permitan gozar del más alto nivel de desarrollo humano posible y la protejan contra el hambre, la malnutrición y la desnutrición”; es decir el acceso en todo momento a la alimentación adecuada o a medios para obtenerla (pág. 31).

Las adecuaciones en la alimentación son ajustes para adaptar los alimentos a las necesidades individuales, como la textura para personas con problemas dentales (Hernández, 2017). Una alimentación nutritiva no solo proporciona calorías, sino también nutrientes esenciales para el funcionamiento corporal completo (del Razo, 2020). La calidad de los alimentos implica su seguridad e impacto positivo en la salud (OMS, 2020). La accesibilidad y la asequibilidad son fundamentales para garantizar el derecho a la alimentación, especialmente para comunidades históricamente vulnerables (Andrade, 2022). Además, los alimentos deben ser culturalmente aceptables, ya que la alimentación está estrechamente ligada a la cultura y las relaciones sociales (FAO, 2021).

3.1 Sistema Internacional

3.1.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos

El derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados se encuentra fundamentado en el Sistema Internacional de Derechos Humanos (SIDH) a partir de la firma y ratificación que el gobierno mexicano realiza de la DUDH (ONU) en 1948, cuando México ratificó la declaración, y que se vio reflejado en las reformas estructurales de la CPEUM (2023), donde se incluyó todo el Sistema Internacional de los Derechos Humanos de manera obligatoria y coercible, incluido el derecho a la alimentación. (art. 4).

A partir del SIDH, instaurado en el sistema jurídico mexicano, éste se fundamenta en los principios rectores de igualdad, libertad y no discriminación, y los pacientes hospitalizados adquieren el reconocimiento como sujetos de derechos en igualdad, libertad y por tanto, dignidad, lo cual implica que deben estar protegidos por un sistema gubernamental; tal y como el artículo 1 de la DUDH (ONU, 1948) lo señala: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos [...]” (art. 1).

Así mismo, la DUDH en el artículo 2 menciona que no se hará distinción a ninguna persona sin importar cualquier condición (ONU, 1948): “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna [...] o cualquier otra condición” (art. 2). Es por ello que los pacientes en condiciones de enfermedad que están hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología también son considerados como sujetos de derechos.

Por otro lado, la DUDH en el artículo 25 hace referencia al nivel de vida que debe asegurar el bienestar de la persona a partir de diferentes factores, entre los cuales destaca la alimentación y los servicios de asistencia médica, sin importar condición alguna:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ONU, 1948: art. 25).

Con lo anterior, es posible remarcar que los pacientes hospitalizados conservan su derecho a la alimentación y a un nivel de vida adecuado, aún en condiciones de enfermedad cuando se encuentran internados en las instalaciones de cualquier servicio médico.

3.1.2 Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Por su parte, el PIDESC (ONU, 1966), ratificado por el estado mexicano en 1981 (DOF), distingue el derecho a la alimentación en su artículo 11, el cual identifica como parte de la calidad de vida al que toda persona mexicana tiene acceso, a partir de que se instauran las reformas constitucionales realizadas tras la firma de este Pacto:

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación [...]. Los Estados Partes tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho [...] (ONU, 1966: art. 11).

En el artículo antes mencionado resalta también la obligación que tiene el estado mexicano, no solo de hacer efectivo este derecho a cualquiera de las y los ciudadanos, incluidos los pacientes hospitalizados, sino de tomar todas las acciones necesarias para la protección de esta garantía en igualdad y sin importar condición alguna, de acuerdo con lo antes analizado en sintonía con la DUDH.

Así mismo, en 2017 se creó en México el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (CNADS) (DOF, 2017) en respuesta a la participación del estado mexicano en la Agenda internacional de las Naciones Unidas, la cual, particularmente en el ODS 2, “poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible [...] asegurar el acceso de todas las personas, en particular las personas en situaciones de vulnerabilidad, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente [...]” (CEPAL, 2018). Dado lo anterior, cabe destacar que los pacientes hospitalizados son personas en condiciones de vulnerabilidad, no solamente por el estado de salud en el que se encuentran, sino porque se trata de una población cuyos derechos dependen enteramente de las autoridades del hospital.

3.2 Sistema Interamericano

3.2.1 La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en su Plan Estratégico 2023-2027 (OEA, 2022) desarrolla nueve objetivos que abarcan 34 programas que buscan favorecer que todas las personas de los países que la integran gocen plenamente de todos sus derechos humanos.

Los objetivos del Plan Estratégico mencionado abarcan acciones transversales que inciden en la protección del derecho a la alimentación, ya que buscan proteger a las personas de cualquier tipo de violación a sus derechos humanos, la atención oportuna de crisis de derechos humanos a partir de reforzar la capacidad de los agentes estatales y organizaciones civiles respecto a la promoción, respeto y protección de derechos humanos, particularmente de personas en situación histórica de exclusión (OEA, 2022).

México también forma parte de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), el cual es un tratado internacional adoptado por la Organización de los

Estados Americanos (OEA) que entró en rigor en 1978 (CADH, 2023) con la finalidad de señalar que los derechos fundamentales deben ser respetados y protegidos por los Estados parte. Esta convención, conocida también como el Pacto de San José, tiene como objetivo dotar de un marco jurídico que garantiza la dignidad y libertad de las personas, así como de órganos de control como la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), la cual está integrada por siete miembros independientes y es un organismo autónomo de la OEA (CADH, 2023).

A pesar de lo anterior y de que desde 1969 se establecieron conversatorios para la discusión de propuestas para abordar de manera estratégica los mecanismos de supervisión y protección efectiva de los derechos humanos, entró en vigor hasta 1978, además de que ha ido incluyéndose lentamente en las leyes mexicanas, pero que aún no llega en su totalidad a las políticas públicas y al sistema educativo, de manera que la protección de los derechos es ineficaz.

3.3 Sistema Normativo Nacional

3.3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

En México, la máxima normativa es la CPEUM, y ella declara que:

[...] es imperativo asegurar que nuestro país cuente con un servicio público honesto, eficiente, transparente y apegado a la ley; pero también que los ciudadanos conozcan las leyes que los rigen para estar en condiciones de exigir el cumplimiento de sus derechos y obligaciones (CPEUM, 2016).

Por lo tanto, la presente investigación pretende mostrar que, una parte de la problemática respecto a la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados es responsabilidad del organismo gubernamental encargado (IMSS, para el caso concreto de esta investigación). Pero también, es conveniente

mencionar que los pacientes pueden reclamar sus derechos; concretamente, el artículo 4 de la CPEUM establece que “toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad” (CPEUM, 2023), lo cual no está limitado a ninguna circunstancia.

3.3.2 *Ley General en Salud*

En consecuencia, la LGS (DOF, 1984) se redactó para regular la protección al derecho a la salud establecido en el artículo 4 de la CPEUM. En el artículo 1 de esta ley, se enuncian sus objetivos, entre los cuales destacan los que a continuación se mencionan:

[...] I.-El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II.-La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;

[...] IV.-La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;

V.-El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población; [...]

Los objetivos anteriores serán responsabilidad, de acuerdo con lo que la LGS establece, de “dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, [...] que presten servicios de salud, [...] (DOF, 1984), es decir, que tanto el IMSS a nivel nacional como estatal y regional, como sus trabajadores, deberán velar por la protección del derecho a la salud.

La alimentación es una necesidad básica de los seres humanos, ya que con ella se favorece el máximo uso de las capacidades de una persona, lo que conlleva al bienestar físico y mental. Así mismo, una alimentación adecuada facilita la prolongación, conservación, restauración y mejoramiento de la salud (López, 2022); por lo tanto, el derecho a la alimentación adecuada está implícito en los objetivos de la LGS.

La LGS en su artículo 6 hace referencia a condiciones que se deben promover en la atención que se brinda a los pacientes, entre los cuales resalta el inciso I, el cual enuncia la importancia de brindar “[...] servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos [...] atendiendo [...] a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;” (DOF, 1984: I). Sabido es que la nutrición adecuada es una de las bases para la salud pública (Royo, 2017), por lo que no solamente la alimentación de los pacientes hospitalizados deberá considerarse desde la recuperación, sino desde las acciones preventivas y que influyen en la calidad de vida. Es por lo anterior que la LGS identifica que todas las instituciones que ofrezcan servicios de salud tienen la obligación de brindar una atención desde la perspectiva de derechos humanos.

3.4 Sistema Normativo Institucional

El IMSS, en conjunto con profesionales de la salud y la nutrición de otras instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), han generado un vasto grupo de Guías de Práctica Clínica (GPC) para el abordaje nutricional de pacientes en diferentes condiciones con bases científicas y actuales. Son de carácter general puesto que no es posible determinar la evolución de los pacientes por sus necesidades y preferencias especiales, las cuales además suelen ser cambiantes. Aun así, brindan información oportuna para la atención desde el fundamento del juicio clínico y con el objetivo de promover la protección del derecho a la salud y a la alimentación de los pacientes atendidos por el personal de esta

institución, así como estandarizar las acciones nacionales acerca de: “patrones de alimentación para la prevención de enfermedades, [...] herramientas para la prescripción dietética [...] favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médiconutricional” (IMSS, 2016).

Dichas GPC fungen como documentos normativos para el personal del primer, segundo y tercer nivel de atención, por lo que serán analizadas en el presente apartado aquellas que atiendan a las características de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología, desde la accesibilidad universal como derecho fundamental.

Dentro de las delimitaciones que consideran las GPC, destaca el fundamento de la dieta correcta o saludable, la cual se logrará cuando “cumple las siguientes características: Suficiente, adecuada, completa, equilibrada, variada, colorida e inócua” (IMSS, 2016). Ciertamente, se apega a lo establecido anteriormente desde los documentos internacionales que enuncian el derecho a la alimentación; una característica que agrega la lista es lo colorido que deben ser los alimentos, lo cual se relaciona principalmente con dos factores, el primero es que los fitoquímicos de frutas y verduras otorgan sabor, olor y color, al tiempo que brindan beneficios a la salud (Iñarritu, 2018), como los carotenoides, los cuales dan pigmentos amarillos – naranja y son antioxidantes que protegen al cuerpo del estrés oxidativo, mejoran la cicatrización y favorecen la óptima función del sistema inmunológico (de la O, 2020).

Por otro lado, los colores indican que se integraron alimentos de diferentes grupos, por lo que se infiere que será un platillo más completo desde el punto de vista nutricional, además de que tendrá diferentes texturas, aromas y sabores; la suma de lo anterior es benéfico para todas las personas, pero es aun más importante cuidar esta característica en los alimentos que se brindan a los pacientes en hospitalización para promover una ingestión completa, suficiente, variada, es decir, que cumpla con las consideraciones del derecho a la alimentación.

Otro eje rector de las GPC es el concepto de “requerimiento promedio estimado” (IMSS, 2016), la cual define como “el nivel promedio de ingesta de nutrimento diario estimado que se adecue al requerimiento [...] de los individuos sanos particularmente por etapa de la vida y sexo” (pág. 7). Este concepto facilita la planeación de menús para los pacientes en hospitalización cuando se trata del servicio de almacén y cocina (IMSS, 2013), sin embargo, es imperativo rescatar que el personal de nutrición tiene la obligación de evaluar el estado nutricional de los pacientes que ingresan al servicio, con lo cual direccionará su abordaje nutricional, vigilando y adecuando la alimentación de manera tan particular como sea posible.

3.4.1 Guía de Práctica Clínica “Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento”

La GPC “Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento” (DITDT) (IMSS, 2013) se redactó en respuesta al análisis de informes de prevalencia de desnutrición intrahospitalaria, ya que durante la hospitalización los pacientes sufren cambios en el metabolismo asociados a la propia enfermedad, así como al tratamiento de la misma, además de la frecuente reducción en la ingesta de alimentos (Waitzberg, 2011). En este documento se menciona la atención nutricional que deben recibir todos los pacientes, sin distinción:

La atención nutricional no es una opción, es un derecho y por lo tanto debe recibirla todo paciente que ingresa a una institución hospitalaria, por lo que resulta obligatorio que el apoyo se otorgue a todo paciente con desnutrición o en riesgo a desarrollarla. La finalidad de la misma es brindar y satisfacer las necesidades del organismo, aportando los nutrimentos precisos cuantitativa y cualitativamente en forma oportuna (IMSS, 2013: pág. 7).

La GPC DITDT determina 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: pág. 7), por lo que no

solamente el personal de nutrición deberá establecer diagnóstico y tratamiento nutricional individualizado de todos los pacientes que ingresen a su servicio, sino que toda autoridad sanitaria de hospitalización deberá vigilar la desnutrición intrahospitalaria de sus pacientes. La capacitación no solo brindará información y habilidades al personal médico, sino que facilitará que cumplan con su responsabilidad en la protección del derecho a la alimentación.

Destaca también otro lineamiento redactado en la GPC antes mencionada, en la que refiere que todo paciente que sea hospitalizado deberá recibir “de forma rutinaria y sistemática” (IMSS, 2013) una evaluación nutricional para “prevenir y/o tratar en forma oportuna el desarrollo de desnutrición y sus complicaciones” (IMSS, 2013: pág. 7). Lo anterior podrá realizarse a partir de herramientas de tamizaje nutricional que hayan sido validados en la población en que serán aplicadas, las cuales “deberán de incorporarse o adjuntar a las hojas de admisión, de enfermería y evolución, además de formar parte de la historia clínica” (IMSS, 2013: pág. 9). Por último, cabe destacar que la GPC DITDT señala que se deberá “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: pág. 14).

Por lo tanto, la evaluación del diagnóstico nutricional del paciente hospitalizado deberá realizarse al ingreso, durante su estancia (con la frecuencia necesaria de acuerdo con el juicio clínico) y al egreso del paciente, de manera que se mantenga una estrecha vigilancia para la prevención o tratamiento oportuno de la desnutrición intrahospitalaria, así como de alguna otra alteración que se identifique, lo cual desencadenará las modificaciones pertinentes en el abordaje médico y nutricional.

Deducciones

El sistema normativo internacional, interamericano, nacional e institucional ha redactado una gran variedad de documentos legales que marcan la obligatoriedad del Estado en la protección del derecho a la alimentación como respuesta a las necesidades que se han identificado con el paso del tiempo. No obstante, su aplicación depende en gran medida de la comunicación del sistema jurídico con otros sistemas, como el educativo, el cual informa a los responsables sobre las acciones que se esperan de ellos en la protección de derechos fundamentales, así como a los sujetos de derechos, de manera que puedan disfrutar plenamente de ellos.

Por otro lado, la ineficacia del sistema jurídico puede ser resultado de la falta de análisis para la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados, lo cual resulta de su invisibilización como sujetos de derechos.

El análisis de los documentos mencionados en el presente capítulo permite identificar que no hacen falta leyes, normas o GPC sino la aplicación de estas en la práctica clínica, así como la capacitación de los actores responsables en la protección del derecho a la alimentación desde la accesibilidad universal por parte del sistema educativo.

Aun cuando existen normas internacionales e interamericanas que establecen lineamientos para la protección de los derechos fundamentales y que México ha firmado dichos documentos, estos no se han traducido en acciones claras a nivel educativo ni institucional para garantizar el pleno ejercicio de los derechos que se reconocen en ellos.

Las GPC del IMSS delimitan las acciones del servicio de nutrición para actuar desde la protección del derecho a la alimentación al establecer lineamientos y

recomendaciones para el abordaje nutricional de los pacientes; dentro de los ejes de acción resaltan los requerimientos promedio estimados que sirven para tener una base de cálculo de alimentos que se han de preparar, o como comparativo en los cálculos que implica la evaluación y abordaje del plan nutricional, pero no deberán ser tomados como referente para homologar los alimentos que se ofrecerán a los pacientes, ya que ello descuidaría las necesidades individuales e incumpliría con lo establecido en la GPC DITDT sobre las responsabilidades del servicio de nutrición en la protección del derecho a la alimentación. Por lo anterior, es indispensable analizar cada uno de los ejes establecidos en las GPC del IMSS, ya que, aunque la atención individualizada está contemplada, es posible incurrir en malas prácticas.

Las leyes y normas mexicanas reconocen la importancia de proteger el derecho a la alimentación, sin embargo, resultan ineficaces por la falta de comunicación entre el sistema educativo, ya que las personas que ofrecen servicios de salud desconocen de sus obligaciones respecto a lo que las leyes establecen, ya que no reciben capacitación en materia de derechos humanos desde su formación profesional, lo cual se abordará en el siguiente capítulo.

Capítulo IV: Sistema educativo en la protección al derecho a la alimentación del paciente hospitalizado en el Hospital General de Zona 252 del Instituto Mexicano del Seguro Social

4.1 Sistema internacional de educación en derechos humanos para la alimentación adecuada

4.1.1 Programa mundial para la educación en Derechos Humanos

En diciembre de 2011, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre Educación y formación en materia de Derechos Humanos (DD.HH.), el cual, en su artículo 1° reconoce el derecho de toda persona a poseer, buscar y recibir información sobre todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, y debe tener acceso a la educación y formación en materia de derechos humanos (ONU, 2019).

Además, define que la educación y la formación en materia de derechos humanos están integrados por el conjunto de actividades educativas que tienen por objeto promover el respeto universal y efectivo de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (ONU, 2012: art. 2.1).

La declaración reafirma que la educación en derechos humanos es un deber de los Estados y una prioridad para las políticas públicas (ONU, 2012 : art. 7.1).

4.2 Definición de la Educación en Derechos Humanos

La Educación en Derechos Humanos (EDH) tiene distintas dimensiones:

Educación sobre derechos humanos:

1. Conocimiento sobre los DD.HH.
2. Comprender las normas y principios, así como los valores que los sustentan, tales como la paz, la justicia y la dignidad humana, conocer los sistemas de protección y comprender cómo funcionan.
3. Facilitar conocimiento y comprensión de normas y principios de los DD.HH, los valores que lo sostienen y los mecanismos que lo protegen.

Educación por medio de los derechos humanos:

1. Vivencia en derechos humanos.
2. La formación en derechos humanos solo puede llevarse a cabo en un entorno en que los ddhh sean practicados.
3. Aprender y enseñar respetando los derechos de toda la comunidad educativa.

Educación para los DDHH:

1. Tiene por objetivo la agencia en DD.HH. y el cambio social hacia el bien común.
2. Prevenir abusos y violaciones de DD.HH.
3. Desarrollar una cultura universal de derechos humanos sostenida por sujetos de derecho.
4. Facultar a las personas para que disfruten de sus derechos, los ejerzan y defiendan los de los demás.

Figura 2. Dimensiones de la Educación en Derechos Humanos. Elaboración propia basado en el Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos (Segunda etapa. Plan de Acción) (ONU, 2012).

La EDH es una herramienta fundamental para conocer y defender los derechos propios, pero también los de las demás personas. Así mismo, permite identificar las brechas entre los estándares internacionales y nacionales al compararlos con la realidad del entorno individual (Reyes-Pérez, Hasse-Riquelme, & Silca-Burgos, 2020). A partir de lo anterior, la EDH permite entonces generar propuestas de cambio basadas en una cultura de derechos humanos; esta entrega herramientas para lograr cambios sociales.

Se debe observar a la educación como un vehículo para permitir a todas las personas conocer, ejercer y defender sus derechos, así como los derechos de todas las demás personas. La EDH no es solamente dar a conocer, o establecer algo simplemente teórico, sino que propone acciones para llevar los DD.HH. al plano

cotidiano de todas las personas, sin distinción, como una práctica mediadora y transformadora (Rondino, 2022).

Como se ha estudiado en el capítulo II, el derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados ha quedado perfectamente delimitado, sin embargo, ningún derecho puede ponerse en práctica si no se multiplica a todas las demás personas a través de actividades educativas, las cuales dictarán el actuar de las personas responsables, quienes, para el caso concreto de esta investigación, son los estudiantes de las áreas de la salud, ya que al concluir su preparación profesional, deberán velar por la protección a los derechos de sus pacientes en su labor diaria (Mihir, 2017).

Al educar en DDHH se busca formar a las personas para que se conciben y actúen como sujetos de derechos, pero también, generar conciencia individual y colectiva del equilibrio que existe entre los derechos y las responsabilidades.

Para poder pensar la educación en DD.HH. como una guía para la vida, se deben tener claros los fines al ejercitarla. La EDH se plantea 3 fines:

1. Éticos: Formar en valores y principios que son la base del reconocimiento de derechos como necesidades y fundamentos que parten de la dignidad humana, que están expresados en todos los instrumentos de DD.HH., como la vida, la integridad física y psicológica, la libertad, la igualdad, la justicia, la solidaridad, la equidad y la inclusión, la participación o la seguridad humana.
2. Críticos o Histórico – críticos: Formar a las personas para juzgar los espacios de la realidad en que se manejan con los parámetros valóricos y normativos de los DDHH, tales como la vida en familia, en el trabajo o la comunidad, así como en el Estado o la nación; juzgar individualmente la participación en derechos humanos con la sociedad.

3. Políticos: De poco valdría conocer los valores y principios de los DDHH y usarlos como parámetro para medir la realidad si no se hace algo al respecto; la finalidad política, en el sentido amplio de defensa de lo público, nos lleva a formar los cambios necesarios para transformar todas las situaciones de la realidad que impidan el ejercicio efectivo de los DD.HH., tanto prácticas como condiciones, así como en el orden individual y el social. Busca la transformación de la conducta de las personas y de las sociedades. Exige un marco metodológico complejo, por lo que la EDH trabaja en 3 líneas de contenidos diferentes por su naturaleza, pero complementarios entre sí:
- a. Los conocimientos: Manejo de los datos sobre los DD.HH. y constructos teóricos relacionados íntimamente, como democracia y Estado de Derecho.
 - b. Valores y actitudes: Aquellos que fundamentan los DD.HH. a partir de la dignidad humana.
 - c. Habilidades, destrezas, competencias o capacidades para la acción: Desarrollar posibilidades para trabajar en la defensa y práctica de los DDHH. Por ejemplo, habilidades de comunicación, de desarrollo de pensamiento crítico y autónomo, de relación en función de DD.HH. con los demás, para colaborar, entre otras (Rondino, 2022).

Educar en DD.HH. es desarrollar un saber y un poder para ejercer y defender los DD.HH., propios y de los demás. Además, enriquece la doctrina y la enseñanza de los derechos en general ya que supone entender los DD.HH., no solamente como normas jurídicas, sino también como pautas que regulan la convivencia social; permite a los individuos entender los DD.HH. no solamente como una responsabilidad de los Estados, sino también como una responsabilidad de todos nosotros para aplicarlos todos los días (Vázquez-Martínez, Sánchez-Mejorada, Delgado-Domínguez, Luzania-Valerio, & Mota-Morales, 2020).

4.3 Objetivos de la Segunda fase (2010-2014) del Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos (PMEDH).

Esta fase del PMEDH centra su enfoque en aquellos que asumen el papel crucial en la preparación de los futuros ciudadanos, como las instituciones de educación superior, así como en aquellos que llevan la importante carga de garantizar, salvaguardar y hacer cumplir los derechos de otros, ya sean funcionarios públicos, fuerzas del orden, o mujeres y hombres que integran el personal militar (ONU, 2012).

Los objetivos del Programa Mundial para la educación en derechos humanos son los siguientes:

- a) Contribuir a forjar una cultura de derechos humanos;
- b) Promover el entendimiento común, sobre la base de los instrumentos internacionales, de los principios y metodologías básicos para la educación en derechos humanos;
- c) Asegurar que la educación en derechos humanos reciba la debida atención en los planos nacional, regional e internacional;
- d) Proporcionar un marco colectivo común para la adopción de medidas por todos los agentes pertinentes;
- e) Ampliar las oportunidades de cooperación y asociación en todos los niveles;
- f) Examinar, evaluar y apoyar los programas de educación en derechos humanos existentes, poner de relieve las prácticas satisfactorias y proporcionar incentivos para continuarlas o ampliarlas y para crear prácticas nuevas (ONU, 2012: pág 14).

4.4 Responsables de la EDH

Al ratificar el Plan de acción para la segunda fase en el Consejo de Derechos Humanos en septiembre de 2010, los Estados Miembros de las Naciones Unidas,

entre los cuales se encuentra México (DOF, 2014), acordaron fortalecer la promoción de la educación en derechos humanos en diversas áreas mediante la formulación y revisión de políticas y prácticas. Este plan proporciona orientación práctica a los gobiernos y otras partes interesadas sobre cómo abordar los procesos y contenidos relacionados con la educación en derechos humanos.

Los encargados de educar en DD.HH. son, en primera instancia, los profesores y profesoras de la educación formal, pero implica un trabajo colectivo y progresivo de toda la comunidad al promover el reconocimiento de los DD.HH. para una práctica cotidiana de respeto y defensa de ellos. La educación en derechos está interrelacionada con la educación respecto a las responsabilidades; la suma de estos factores resulta en el bienestar colectivo (ONU, 2019).

4.5 Reformas jurídicas en México para la EDH

En 2019 ocurrieron reformas al artículo 3 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), como parte de una reforma educativa integral; el objetivo de esta reforma fue transformar el sistema educativo del país y garantizar una educación de calidad para todos los estudiantes mexicanos (SEP, 2019). Las reformas más significativas pueden reunirse en cuatro principales puntos:

1. Garantía de la educación pública, laica, inclusiva y gratuita en todos los niveles educativos.
2. Evaluación del desempeño docente con un enfoque orientado al desarrollo profesional y la mejora continua de la calidad educativa.
3. Reconocimiento de la educación indígena y afrodescendiente, reconociendo la diversidad cultural de México y se promoviendo la implementación de programas educativos que respeten y valoren las lenguas y culturas indígenas y afrodescendientes.

4. Fortalecimiento de la rectoría del Estado en materia educativa: Se reafirmó el papel del Estado como rector del sistema educativo, garantizando su responsabilidad en la definición de políticas educativas, la distribución de recursos y la supervisión de la calidad educativa en todo el país, así como la protección al derecho a la educación de todas y todos los mexicanos (SEP, 2019).

Estas modificaciones reflejaron un cambio significativo en la política educativa de México, priorizando la equidad, la inclusión y la calidad en el sistema educativo. Sin embargo, aún hay una gran área de oportunidad para establecer distintas estrategias para el cumplimiento de todos los objetivos de la Segunda fase (2010-2014) del PMEDH, mayormente la Educación en Derechos Humanos (EDH) en el nivel superior.

Para los fines de esta investigación, cabe destacar que este nivel de estudios tiene su enfoque en aquellas personas que se capacitan y profesionalizan en materia de atención en salud de los pacientes hospitalizados (ONU, 2012). Son los estudiantes de las profesiones de la salud quienes estarán encargados de la protección al derecho a la alimentación de los pacientes, por lo que la Educación en Derechos Humanos en esta etapa de la preparación académica es indispensable, ya no solamente porque el conocimiento en materia de DD.HH. permite la participación y el disfrute de estos, sino que favorece el sentido de responsabilidad frente a los pacientes que atenderán en hospitalización.

4.6 Análisis de la realidad social de los estudiantes y profesionistas responsables de la protección al derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados

Se diseñó un *focus group* dirigido a los estudiantes de las licenciaturas que se ofertan en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México, las cuales son Médico Cirujano, Licenciatura en Nutrición, Licenciatura en Terapia Física, Licenciatura en Terapia Ocupacional y Bioingeniería Médica.

Se seleccionó esta Facultad puesto que oferta distintas licenciaturas que capacitan a ciudadanos que estarán a cargo de la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados; conocer la realidad social de estudiantes de distintas profesiones de la salud permitió tener un contexto general de la EDH de los agentes que atenderán interdisciplinariamente a los pacientes.

Por otro lado, se seleccionó a la Facultad de Medicina (FacMed) porque se rige bajo los principios de educación gratuita, conforme a lo establecido en el artículo 3 de la CPEUM.

Tras la gestión de permisos para la realización de la actividad de investigación en las instalaciones de la FacMed, se solicitó a algunos docentes de las diferentes licenciaturas que invitaran a sus alumnos de los últimos semestres (6to a 8vo) a participar del mismo. Se contó con la participación de 30 alumnos de las diferentes licenciaturas antes mencionadas. El objetivo fue conocer si las materias curriculares que cursan los alumnos están enfocada a los objetivos de la EDH; se buscó identificar el conocimiento en materia de DD.HH. de los alumnos en formación ya que, de acuerdo con lo que se abordó en el capítulo 2 sobre el marco jurídico, las y los profesionales de la salud son parte de los actores responsables de la protección de los derechos humanos de sus pacientes, entre ellos, el derecho a la alimentación.

La sesión tuvo una duración de 60 minutos en los cuales se realizaron las preguntas y se dio tiempo de respuesta a los alumnos conforme a su deseo de participar, para lo cual la autora realizaba las preguntas y un profesor investigador de la FacMed fungía como moderador. Se obtuvo una participación del 93% de los asistentes, quienes respondían a las preguntas y retroalimentaban las respuestas de sus compañeros.

Entre los resultados encontrados, se observa que los alumnos no cursan una materia que particularmente aborde temas de DD.HH., pero que algunas de ellas,

como las relativas a la bioética, por ejemplo, han tocado algunos tópicos relacionados; cabe destacar que se observó un interés en conocer sus derechos como profesionistas, tanto en cuestiones salariales y de retiro, como en cuanto a su defensa ante alguna denuncia legal. Así mismo, destaca el comentario reiterado de que los alumnos seleccionaron su profesión por el deseo de ayudar a las personas desde el conocimiento científico, sin embargo, desconocen lo que marca la normativa internacional, interamericana y nacional respecto a la protección de derechos humanos, los cuales consideran importantes, pero desconocen cuáles son y qué especificaciones delimita la CPEUM.

Avanzada la dinámica, los participantes comenzaron a mostrar interés en conocer acerca del funcionamiento de las políticas públicas y lineamientos institucionales para la protección de los derechos de sus pacientes, así como de los responsables de estas acciones.

Además del *focus group*, se diseñaron y aplicaron encuestas a los alumnos de las diferentes licenciaturas de la FacMed (antes mencionadas) para conocer sobre la EDH que han recibido durante su formación profesional. A continuación, se muestran los principales resultados.

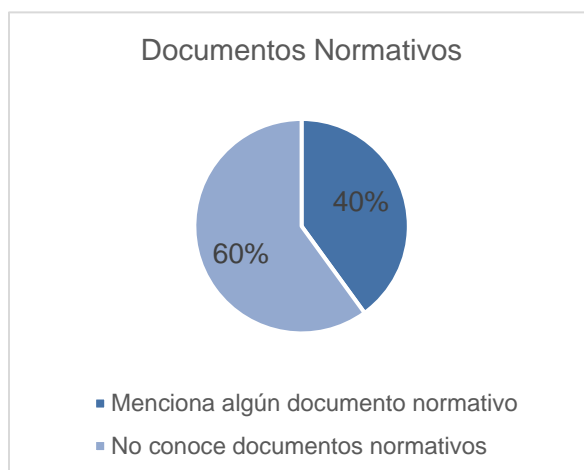


Figura 3. Resultados de la pregunta acerca del conocimiento que tienen los alumnos sobre documentos normativos. Elaboración propia.

Aunque el 100% de los alumnos encuestados reconoce a la alimentación como un derecho, la figura 3 se observa que el 60% de los alumnos encuestados no conoce ningún documento normativo internacional, interamericano o nacional que delimite a la alimentación como un derecho humano. Aunado a lo anterior, la figura 4 muestra que el 50% de los alumnos no ha recibido ningún tipo de capacitación en DD.HH., por lo que es fácil identificar la falta de información en la materia.

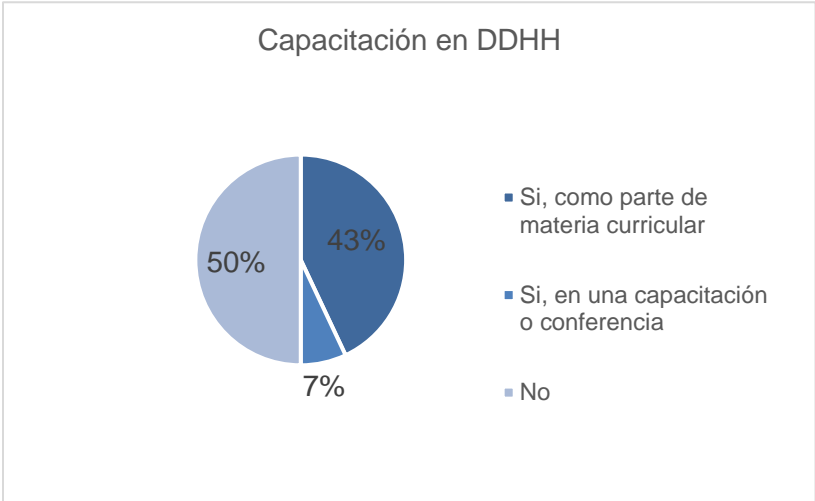


Figura 4. Resultados de la pregunta sobre la capacitación que han recibido los alumnos de la FacMed en Derechos Humanos. Elaboración propia.

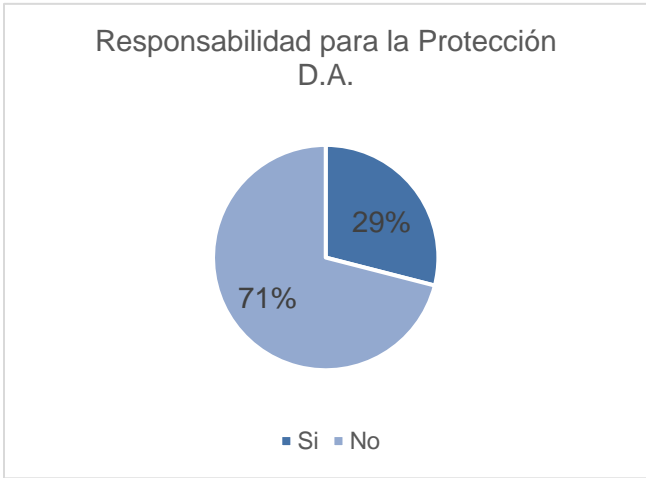


Figura 5. Resultados de la pregunta sobre la responsabilidad que tendrán como profesionistas en la protección del derecho a la alimentación de los pacientes.

En la figura 5 se identifica que los alumnos de los últimos semestres de las diferentes licenciaturas de la FacMed de la UAEMéx desconocen, en su mayoría, que la responsabilidad en la protección de los derechos humanos de sus pacientes

es compartida, es decir, que corresponde a todos los profesionales de la salud, así como al personal administrativo, manejadores de alimentos y demás actores que laboran en un hospital, de acuerdo con lo que redacta la normativa vigente. Cabe mencionar que los que reconocen que deberán proteger el derecho a la alimentación de sus pacientes fueron estudiantes de la licenciatura en nutrición.

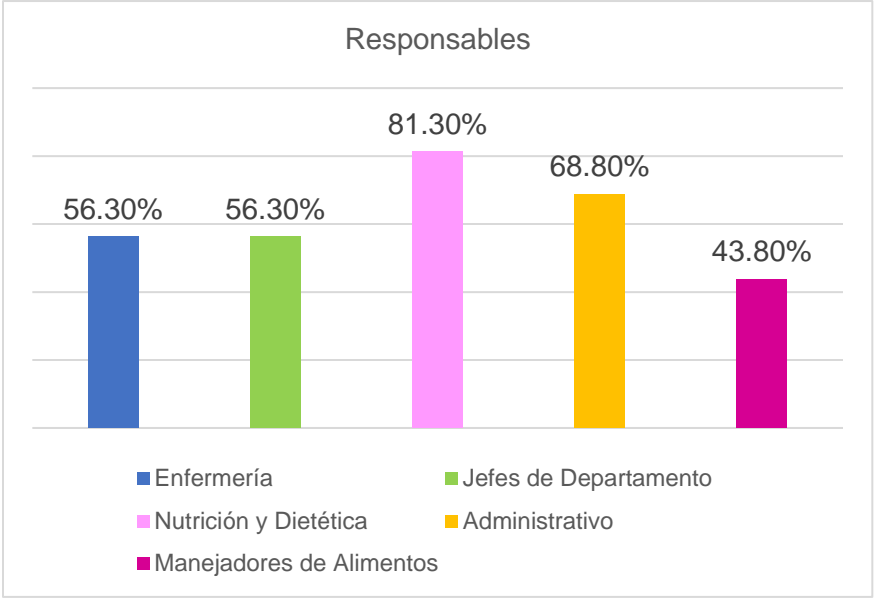


Figura 6. Resultados a la pregunta sobre quiénes son los trabajadores responsables en un hospital de la protección del derecho a la alimentación de los pacientes. Elaboración propia.

Además de preguntar a los alumnos sobre su conocimiento acerca de la responsabilidad que tendrán en la protección del derecho a la alimentación de sus pacientes cuando se encuentren en hospitalización, se formuló una pregunta, cuyos resultados se muestran en la figura 6, para conocer quiénes creían que eran los responsables de la protección de este derecho en un hospital; aunque algunas de las respuestas fueron médicos, terapeutas físicos y ocupacionales, y otros profesionistas, ningún estudiante seleccionó estas opciones. En la figura 6 se muestran los resultados de los profesionales de la salud que seleccionaron las y los estudiantes, quienes tuvieron la oportunidad de seleccionar varias opciones de respuesta. En esta figura, es posible identificar que, la mayoría de los alumnos

identificó que la responsabilidad es del personal de nutrición y dietética; incluso, algunos alumnos seleccionaron esta como única opción.

Por otro lado, se diseñaron y aplicaron encuestas para conocer la EDH que tienen los trabajadores del IMSS, entre los cuales se encontraron jefes de departamentos, personal administrativo, personal de nutrición y dietética, médico, de enfermería y manejadores de alimentos; los resultados obtenidos se muestran a continuación.

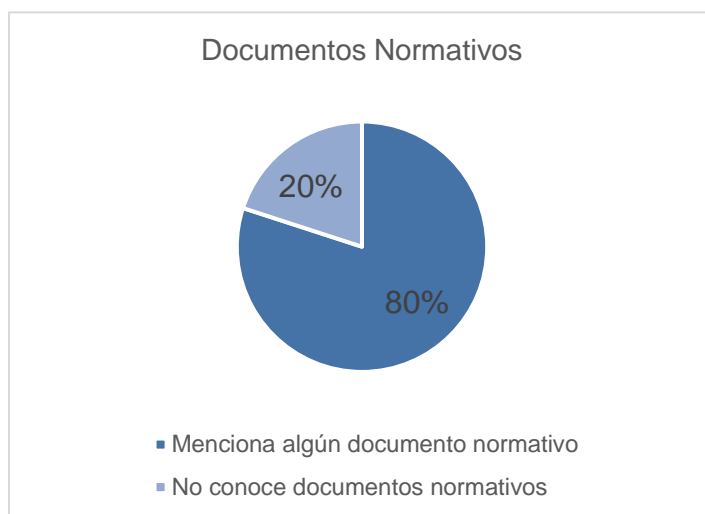


Figura 7. Resultados de la pregunta acerca del conocimiento que tienen los trabajadores del IMSS sobre documentos normativos. Elaboración propia.

En la figura 7, es posible identificar que la mayoría de los trabajadores conocen algún documento normativo en el que se reconozca el derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados. Cabe destacar que el 100% de los trabajadores encuestados mencionan que la alimentación es un derecho de los pacientes hospitalizados.

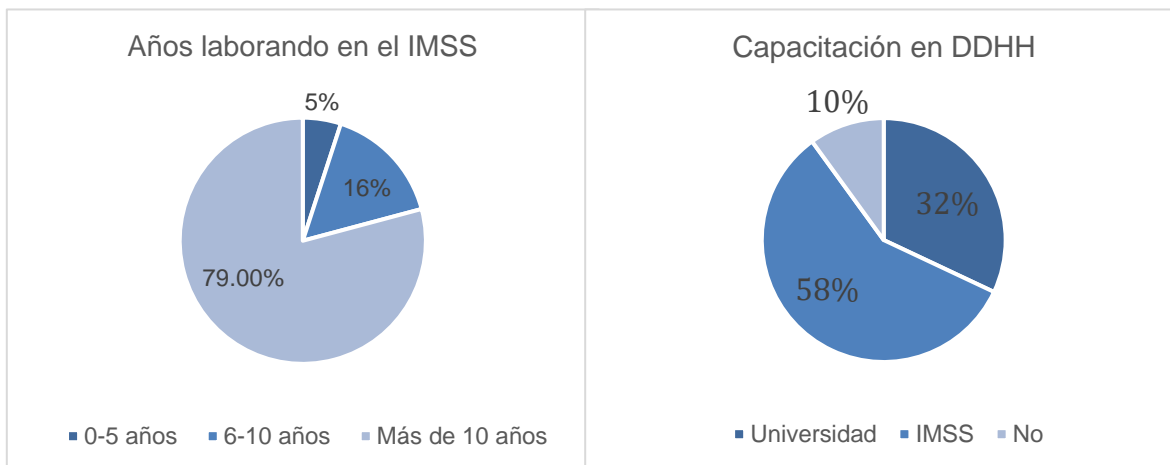


Figura 8. A la izquierda, resultados de la pregunta sobre el tiempo que los trabajadores tienen laborando en el IMSS. A la derecha, respuestas a la pregunta sobre las capacitaciones en derechos humanos que han recibido los trabajadores del IMSS. Elaboración propia.

La figura 8. muestra que más del 70% de los trabajadores encuestados tienen al menos 10 años laborando en el IMSS. Además, en este tiempo, el 10% de los encuestados no recuerda o no ha participado de ninguna capacitación sobre derechos humanos o desde este enfoque, mientras que el 32% reconoce que sus conocimientos relacionados con esta materia los obtuvo en la formación profesional. El 58% de los trabajadores respondieron que han recibido información sobre los derechos humanos de sus pacientes en alguna de las capacitaciones que les ha brindado en IMSS desde que laboran en la institución.

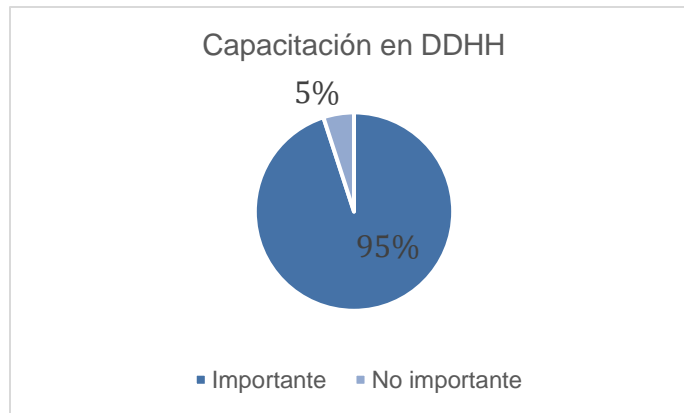


Figura 9. Respuestas sobre qué tan importante consideran que dentro de las capacitaciones que reciben los trabajadores del IMSS sean relacionadas con derechos humanos.

La figura 9 muestra que casi todos los trabajadores del IMSS consideran importante que reciban capacitación continua en materia de derechos humanos. En esta pregunta, los encuestados tuvieron la oportunidad de escribir información adicional a su respuesta y, quienes decidieron agregar algo, comentaron que les parece una oportunidad para homologar las cuestiones actitudinales de los colaboradores del hospital, así como de la actualización de los conocimientos.

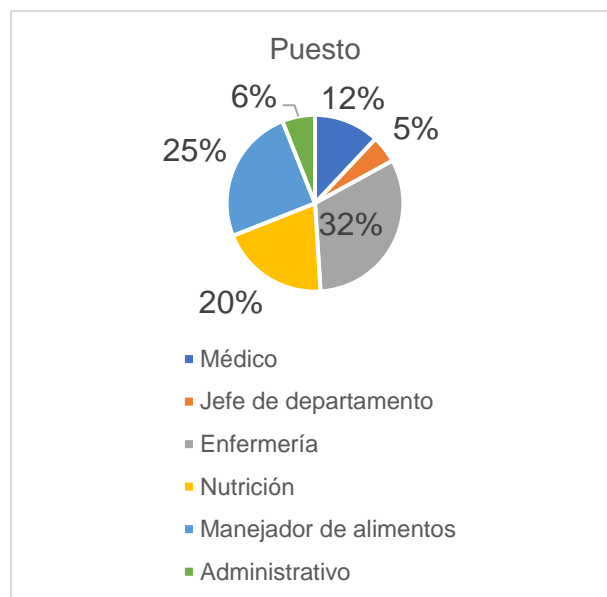


Figura 10. Sobre los puestos que desempeñan los trabajadores encuestados. Elaboración propia.

La figura 10 muestra los porcentajes que corresponden a los puestos que desempeñan las personas que respondieron las encuestas. En consonancia con esta pregunta, la figura 11 muestra que el 74% de los trabajadores encuestados reconoce que la protección del derecho a la alimentación de sus pacientes recae en ellos. Al relacionar estas respuestas se identificó que quienes respondieron positivamente son las personas del departamento de Nutrición y dietética (jefes de departamento, nutricionistas-dietistas y manejadores de alimentos). Solo algunas de las personas de enfermería que respondieron esta pregunta identificaron que también es responsabilidad suya.



Figura 11. Sobre el conocimiento acerca de la responsabilidad personal que tienen en la protección del derecho a la alimentación de sus pacientes en hospitalización, conforme a lo que dicta la normativa.

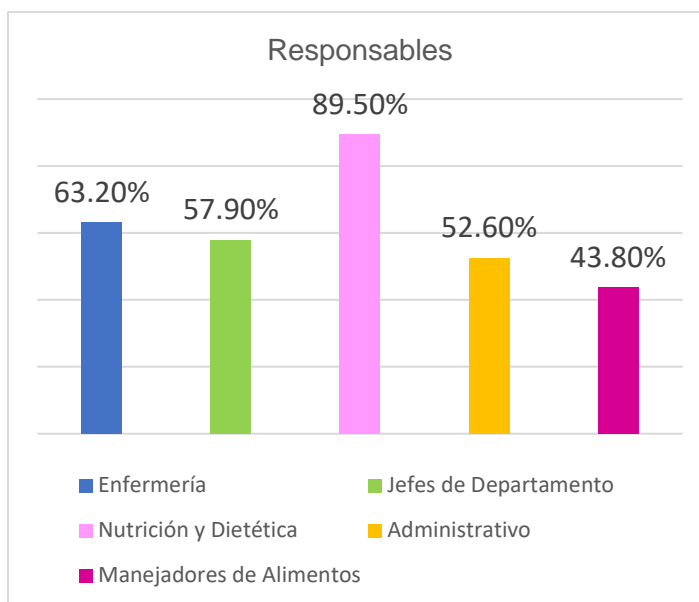


Figura 12. Sobre la percepción de la responsabilidad que tienen los trabajadores encuestados para la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados.

También se formuló una pregunta, cuyos resultados se muestran en la figura 12, para conocer quiénes de los trabajadores del hospital eran los responsables de la protección del derecho a la alimentación; los encuestados tuvieron la oportunidad de seleccionar varias opciones de respuesta. En esta figura, es posible identificar que, la mayoría de los trabajadores identificó que la responsabilidad es del personal de nutrición y dietética, así como los manejadores de alimentos, quienes también forman parte de este departamento. Cabe mencionar que algunas personas consideran que la responsabilidad recae únicamente en los jefes de departamento y en las y los nutricionistas-dietistas.

Por otro lado, entrevistó a un jefe de Nutrición y Dietética del IMSS para conocer acerca de las capacitaciones que tiene el departamento para sus colaboradores en materia de DD.HH. En la entrevista se observó que, aunque las capacitaciones no se planearon específicamente desde el enfoque de derecho, sí promueven prácticas que favorecen la promoción de actividades que contempla la normativa institucional

para la protección del derecho a la alimentación, las cuales están alineadas a la normativa internacional, interamericana y nacional.

Entre estas capacitaciones continuas, el jefe de departamento mencionó aquellas que promueven el manejo higiénico de los alimentos, ya que las capacitaciones son relacionadas con la técnica de lavado de manos, sobre la preparación de soluciones con la concentración correcta de desinfectantes, así como prácticas de higiene en la recepción y almacenamiento de los alimentos. El entrevistado mencionó que estas pláticas se dan de manera obligatoria a las personas responsables y colaboradores de las áreas de almacén y producción de alimentos, pero que también se invita al resto del departamento de nutrición y dietética a participar.

De manera específica, no se preparan capacitaciones para que, de manera directa, el personal reconozca su responsabilidad en la protección de derechos de los pacientes como el derecho a la alimentación, pero se brindan temas como el buen trato a los pacientes, se refuerzan los conocimientos adquiridos en la preparación profesional para la evaluación del estado nutricional de los pacientes, así como para la identificación oportuna de pacientes con riesgo nutricional. Además, se suman ponencias relacionadas con las herramientas de tamizaje para estos fines, las cuales, tal como se mencionó en el capítulo 1, son estandarizadas y arrojan resultados confiables con un tiempo reducido de aplicación.

Por otro lado, el personal de nutrición y dietética del HGZ 252 se reúne al menos una vez al mes para que los integrantes se conozcan entre ellos, ya que hay una gran rotación de personal por la distancia a la que se encuentra el hospital, lo cual genera que los trabajadores pidan su cambio en cuanto finaliza su contrato interno a instalaciones que se encuentren más cerca de Toluca, lo cual puede ocurrir cada tres meses, en promedio. Lo anterior también permite recordar las metas del departamento, además de identificar que cuentan con especialistas en nutrición renal y apoyo nutricio, a quienes pueden solicitar interconsultas en cualquier

momento para la atención de aquellos pacientes que han sido identificados como en riesgo nutricional.

Durante la entrevista, el jefe de departamento mencionó que procura que cada persona integrante de su departamento reciba al menos una capacitación al mes; el entrevistado mostró un profundo interés en que “los pacientes reciban un trato afectuoso y que no sean tratados como un número de cama más”.

Así mismo mencionó que “es imprescindible cuidar cada etapa del servicio de alimentación que se brinda a los pacientes, desde la recepción y revisión de los alimentos que se van a preparar, cuidando sus características físico químicas, pero también, capacitar al personal responsable de la higiene para que la preparación de las soluciones con la concentración correcta para la desinfección de zonas vivas y zonas inertes.

Finalmente, hizo mención a las capacitaciones que reciben desde nivel central, las cuales son impartidas por personas expertas en la nutrición y en la normativa institucional; un tema que puso como ejemplo es el manejo de las tarjetas de identificación de dieta ND-02 del IMSS, las cuales serán abordadas en el próximo capítulo, o los concursos de los manejadores de alimentos para ascender al puesto de cocinero técnico 1 o 2.

Las herramientas metodológicas aplicadas con los alumnos de la FacMed y con el Jefe de Departamento de Nutrición y Dietética permitieron conocer un panorama general de la realidad social de los futuros profesionistas, así como de aquellos que actualmente atienden a los pacientes de hospitalización, particularmente acerca de la educación que recibieron en materia de DD.HH.

4.5.1 *Discusión de Resultados*

Los datos obtenidos en el *focus group* y las encuestas de los alumnos de la FacMed refieren que las y los profesionistas en formación no tienen una capacitación en derechos humanos, a pesar de que el programa de Educación en Derechos Humanos fue ratificado por México desde 2011. Lo anterior resulta en que el ejercicio profesional de ellas y ellos no será desde el enfoque de derechos humanos, lo que conllevará, entre otras cosas, al desconocimiento de sus responsabilidades para la protección de los derechos de sus pacientes, entre ellos, el derecho a la alimentación.

Así mismo, el desconocimiento de que la protección de los derechos de los pacientes es responsabilidad de todos, interfiere con la atención interdisciplinaria, la cual varios autores han comprobado que es la más eficiente.

A partir de lo referido en la entrevista, se observa que las capacitaciones de nivel central del IMSS son sobre procedimientos que, si bien se alinean con algunas delimitaciones del derecho a la alimentación, como la alimentación adecuada y la inocuidad en los alimentos, estas no tienen el enfoque de derechos humanos. No es posible hablar de protección al derecho cuando no se cumplen todas las características enmarcadas.

El 95% de los trabajadores considera importante la capacitación en derechos humanos, lo que demuestra una importante oportunidad para que participen de las capacitaciones y actualizaciones desde el enfoque de la accesibilidad universal y los derechos humanos, lo cual podrá impactar positivamente en su labor diaria en favor de la inclusión y la protección de los derechos, tanto propios, como de sus compañeras, compañeros y pacientes.

Discusiones

México firmó compromisos para establecer el programa de Educación en Derechos Humanos para la educación superior, sin embargo, los programas académicos de las y los estudiantes que se encuentran actualmente en formación no se alinean a la EDC, lo que implica, entre otros factores, que desconozcan su futura responsabilidad en la protección de los derechos de sus pacientes.

La protección del derecho a la alimentación de las y los pacientes hospitalizados podría protegerse indirectamente, porque la ley contempla conceptos científicos en la redacción de las delimitaciones de este derecho, los cuales son conocidos a profundidad por las y los alumnos en formación en el campo de la salud.

A partir de la entrevista, así como de la observación de campo que será abordada en el siguiente capítulo, se identificó la educación hegemónica que reciben las y los alumnos en formación, la cual muchas veces se fortalece cuando se trabaja en una institución gubernamental, a partir de la cual los pacientes son considerados como un número de cama, como un diagnóstico o como un cliente. La EDH es entonces una necesidad urgente para la atención de las y los pacientes, desde la empatía, el buen trato, el conocimiento científico dispuesto al servicio público, desde la responsabilidad que establece la normativa, desde el apego a estándares internacionales, en favor de la inclusión y una amplia serie de otras consideraciones.

En capítulos anteriores se han definido a las Guías de Práctica como la normativa que dicta la parte operativa del equipo multidisciplinario que labora en los hospitales del IMSS; estas surgen del análisis de resultados de investigaciones exitosas, ya que buscan estandarizar procesos comprobados para el abordaje clínico de las y los pacientes. Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas a los trabajadores del IMSS, cuando hay un desconocimiento de lo que enmarcan estas GPC, no solamente se omite un documento normativo, sino que se

dejan de lado procedimientos de la interdisciplina que tienen la finalidad de proteger los derechos humanos de los pacientes, a partir de estrategias comprobadas que favorecen la calidad de vida y la recuperación de la salud de las y los pacientes de hospitalización.

Cabe remarcar la importancia de las capacitaciones en DD.HH. para el personal de los hospitales, además de lo antes mencionado, porque un alto porcentaje de los trabajadores del IMSS tiene más de 10 años de experiencia en su puesto, por lo que se infiere que tampoco recibieron EDH en su formación profesional.

Capítulo V: Análisis cualitativo de la realidad social de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología del Hospital General Regional (HGR) 251 del Instituto Mexicano del Seguro Social

5.1 Alcances de un especialista en la nutrición de pacientes en hospitalización

Las personas especializadas en la nutrición de los pacientes tienen la capacitación necesaria para aplicar los métodos de cribado que se mencionaron en el capítulo I, así como para realizar un diagnóstico nutricional exhaustivo de los pacientes. Concretamente para el área de hospitalización, las y los especialistas en nutrición atienden a un gran número de pacientes, por lo que el tiempo que destinan a esta actividad es limitado; es por ello que se utilizan regularmente métodos de cribado en los pacientes que se han identificado con alguna vulnerabilidad; en caso de que el método de cribado arroje un diagnóstico de desnutrición o riesgo, se busca la oportunidad de realizar la evaluación exhaustiva, la cual es realizada regularmente por los pasantes que se encuentran realizando el servicio social.

Si bien los métodos de cribado han sido estandarizados y simplificados para que cualquier personal de la salud que atienda al paciente hospitalizado pueda hacer uso correcto de estas herramientas, en la realidad social del HGZ 252 del IMSS se observa que estos solo están a disposición del personal de nutrición y dietética.

Por otro lado, aunque el personal médico o de enfermería tiene conocimiento acerca de la importancia de vigilar el estado de nutrición de sus pacientes, antes de la intervención quirúrgica y durante toda su estancia hospitalaria, son pocos los casos en los que los médicos piden la interconsulta de nutrición para la evaluación de sus pacientes, la cual, se solicita en última instancia, cuando el paciente ya presenta complicaciones y no como un método de prevención. Cabe destacar que esta capacitación no solamente se recibe durante la formación profesional, sino que está descrito en las Guías de Práctica Clínica, las cuales dirigen el actuar de cada área

del hospital en favor de la interdisciplina, la cual resulta en la protección de los derechos humanos de los pacientes.

La comunicación entre el personal que atiende a cada paciente es indispensable. Para ello, se redactan las observaciones en la nota médica, la cual se dispone dentro de un folder en cada una de las camas de hospitalización, la cual contiene datos de identificación del paciente, diagnóstico médico, signos vitales, instrucciones de dieta dictaminadas por el médico a cargo, indicaciones medicamentosas y cualquier otro dato relevante, como la indicación de ayuno por cirugía o estudio, por ejemplo.

5.1.1 Descripción de las actividades del servicio de nutrición para la atención de pacientes hospitalizados del HGZ 252 del IMSS

En general, las personas del departamento de nutrición y dietética utilizan la nota médica para revisar algunos parámetros acerca del paciente, como la presión arterial, por ejemplo, pero no tiene la autoridad de escribir ninguna nota para informar sus observaciones al resto del equipo médico a cargo del paciente, salvo por los registros clínicos nutricionales, los cuales se disponen en el expediente clínico; dependerá de los profesionales de la salud que atienden al paciente revisar estas anotaciones para considerarlas en su abordaje terapéutico.

De acuerdo con su criterio profesional, el o la nutricionista-dietista pueden modificar la indicación de la dieta de cada paciente, pero solo de manera interna; para ello se utiliza un formato por cada piso en el que aparece el número de cama, nombre del paciente, diagnóstico médico, tipo de dieta y observaciones. Esta modificación quedará restringida por la indicación del médico responsable, es decir, si el médico indica ayuno, el o la nutricionista-dietista no puede asignar una dieta, pero si el médico indicó dieta blanda, por ejemplo, el o la nutricionista-dietista podrá modificar la dieta a blanda-hiposódica-alta en hierro, de acuerdo con las necesidades identificadas en el paciente.

Durante el pase de visita, el o la nutricionista-dietista deberá corroborar los datos de cada paciente, identificar si alguno fue dado de alta o cambiaron sus indicaciones médicas, así como la información que recabe de preguntar a cada paciente sobre sus signos y síntomas actuales. Con base en ello, el o la nutricionista-dietista realiza anotaciones sobre el cambio en la dieta del paciente de acuerdo con su criterio profesional.

La planeación dietética está restringida en gran parte por dos factores principales, entre ellos el número de pacientes a los que se brinda atención diariamente y el tiempo destinado a esta actividad, así como a la planeación de menús que corre a cargo del departamento de almacén y cocina, el cual está encabezado por una persona especializada en nutrición y dietética. Esta persona debe hacer las órdenes de compra para surtir el almacén con base en los menús cíclicos que se han planificado desde una autoridad superior al hospital.

Estos menús contemplan la alimentación de todos los comensales del hospital, entre los cuales se encuentran los pacientes de todos los servicios de hospitalización, así como de todos los trabajadores del hospital. A partir de un menú general, se aparta una porción del guisado para su elaboración sin sal, y se ofrecen al menos dos guisados, dos o tres tipos de fruta, dos o tres opciones de verdura, gelatina, pan o tortilla. Además, existe el menú de alimentación complementaria, también conocido como de papillas, y el de picados finos.

Con base en las anotaciones que resultaron del pase de visita, los y las nutricionistas-dietistas anotan el nombre del paciente y el número de cama en tarjetas según el código de color, por ejemplo, azul para la dieta modificada en hidratos de carbono; además, pueden escribir alguna otra indicación, por ejemplo, que los alimentos sean astringentes.

Una vez que se tienen las tarjetas actualizadas y en orden, las y los nutricionistas-dietistas se reúnen en la cocina con los manejadores de alimentos para el llenado de las charolas de alimentos para los pacientes; son las y los nutricionistas-dietistas quienes vigilan los alimentos que se ofrecen en cada charola. Las porciones ya están establecidas, así como los menús de cada tiempo de alimentación; el y la nutricionista-dietista a cargo puede indicar algún cambio en la selección de alimentos al manejador, pero se limita a las opciones que hay preparadas.

Una vez armadas las charolas, el manejador de alimentos las distribuye a los pacientes conforme a las tarjetas que lleva cada charola. Finalmente recoge las charolas vacías, recopila las tarjetas y las entrega al nutricionista-dietista encargada o encargado de cada servicio de hospitalización.

5.2 Orientación nutricional del paciente hospitalizado

La orientación nutricional es fundamental en la recuperación del paciente, ya que la alimentación no solamente está en manos de quien planifica los menús o de quien decide qué alimentos ofrecer al paciente en cada tiempo de comida, sino en el propio paciente.

La comunicación entre el paciente y el profesional de la nutrición es indispensable; el o la nutricionista-dietista debe de indagar sobre la condición actual del paciente, no solamente a través de la historia clínica, la observación de resultados bioquímicos, análisis de interacciones medicamentosas, entre otros factores, sino que también debe conocer los signos y síntomas que presente el paciente, así como las adecuaciones que cada paciente puede necesitar.

Con base en lo anterior tomará las decisiones acerca de sus indicaciones de dieta, las cuales deberá compartir con el paciente, ya que al estar informado es más fácil que procure ingerir los alimentos ofrecidos, ya que estos han sido pensados desde

el abordaje terapéutico, así como en consideración a sus necesidades en tanto es posible.

Además de esta orientación intrahospitalaria, también ha de considerarse el informar al paciente sobre los hábitos de alimentación que debe cambiar y/o establecer cuando este sea dado de alta a partir de recomendaciones nutricionales a corto, mediano y largo plazo, dependiendo de la o las patologías con las que el paciente esté cursando. Lo anterior favorecerá no solo la recuperación, sino también la prevención de enfermedades y el tratamiento integral de aquellas enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes tipo II o la hipertensión arterial sistémica; en conjunto, la orientación nutricional tiene como objetivo el mantenimiento de la salud.

Finalmente, se deberá informar al paciente sobre el servicio de consulta externa de nutrición, de modo que pueda continuar su tratamiento y la vigilancia de su estado de nutrición y de salud; esta atención puede ser en el mismo HGZ 252, o bien, son transferidos con orden de interconsulta al servicio de nutrición de su Unidad Médica Familiar (UMF) según corresponda.

5.3 Barreras de los especialistas en nutrición para la atención adecuada de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología y traumatología del HGZ 252

Actualmente en el HGZ 252 se atienden 102 camas censables, las cuales se distribuyen como se identifica en la figura 13, y 35 camas no censables, las cuales se disponen en las áreas de urgencias, observación, tococirugía y zonas de recuperación de quirófanos.

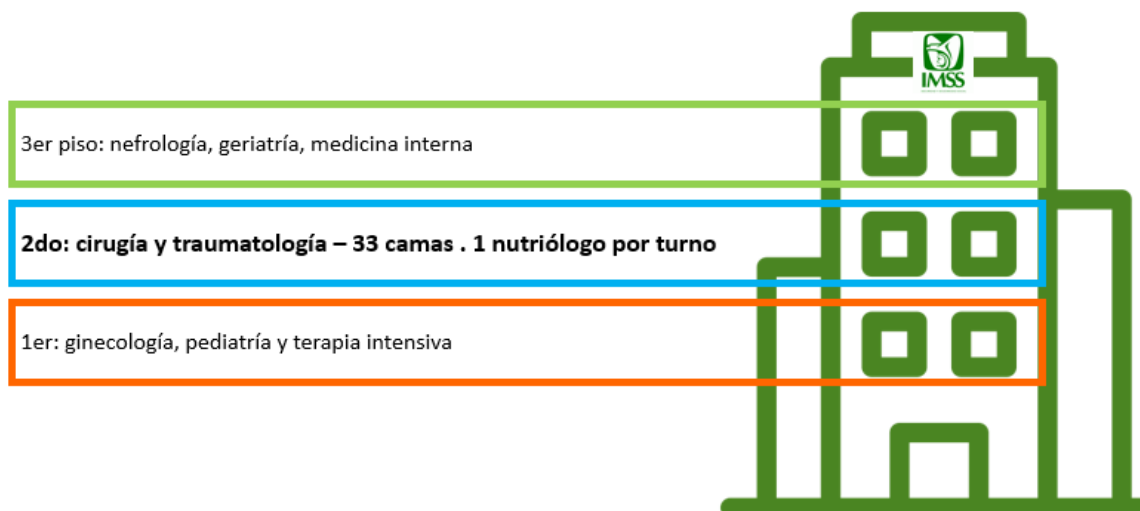


Figura 13. Distribución de las camas y los servicios a los que presta atención el departamento de Nutrición y Dietética. Elaboración propia.

Así mismo, el departamento de nutrición y dietética del hospital en cuestión cuenta con licenciadas y licenciados en nutrición, quienes tienen a su cargo diferentes áreas del departamento, desde la jefatura, las y los nutricionistas de hospitalización, consulta externa, consulta de especialidad en nefrología, almacén y comedor, y especialista en apoyo nutricio.

Durante el tiempo de esta investigación había 8 nutricionistas en el turno matutino; 1 en consulta externa, 1 en consulta de especialidad en nefrología, 1 en almacén y comedor, 1 especialista en apoyo nutricio y 4 para hospitalización. Para el turno vespertino solamente hay 2 nutricionistas para atender las áreas de hospitalización, por lo que las áreas antes mencionadas solo son atendidas durante el turno matutino.

Con lo anterior es evidente mencionar que la falta de personal es uno de los problemas más importantes que enfrenta el departamento de nutrición y dietética del HGZ 252 del IMSS para la protección del derecho a la alimentación de sus pacientes de hospitalización en el servicio de cirugía y traumatología, ya que la

sobrecarga de trabajo, la cual es aún mayor en el turno vespertino, resulta en que, aunque se tenga conocimiento de las responsabilidades dictadas por la normativa, el tiempo no es suficiente para dar atención a todas las actividades que estos documentos mencionan.

Aunque se cuenta con formatos para el tamizaje, evaluación y seguimiento nutricional, y que estos documentos se caracterizan por requerir poco tiempo para su aplicación, son pocas las oportunidades reales que tiene el personal del departamento en cuestión; el personal del turno matutino debe de realizar el pase de visita de su área correspondiente, actualizar las listas con la información de los pacientes, actualizar las tarjetas de dieta de cada paciente y bajar al comedor para supervisar el armado de cada charola de desayuno. Después, realiza nuevamente el pase de visita y las actividades antes mencionadas para el tiempo de comida.

Aunque el personal del turno vespertino realiza estas actividades únicamente para el tiempo de cena de cada paciente, solamente son 2 para todos los servicios del hospital, por lo que el tiempo también es reducido.

Es por lo anterior que los registros clínicos de nutrición, así como los tamizajes para conocer el estado de nutrición de los pacientes que ingresan los realizan mayormente los pasantes de nutrición que realizan su servicio social en la institución. Esto genera sesgos en diferentes proporciones. Primeramente, estos estudiantes hacen rotación de áreas constantemente, por lo que difícilmente conocen a los médicos tratantes, lo que favorecería la comunicación y la interdisciplina. Por otro lado, no siempre tienen la confianza de acercarse a los médicos tratantes para solicitar los estudios de laboratorio para conocer los resultados bioquímicos de los pacientes que desean evaluar, lo que limita el estudio completo de cada paciente. Además, la falta de experiencia puede resultar en fallas en la elaboración del registro clínico, o bien, de la propuesta para el abordaje

nutricional; por lo tanto, la supervisión de actividades es indispensable, pero, nuevamente, esta actividad se ve limitada por la falta de tiempo y personal.

Existen algunos factores que escapan de la profesión médica y nutricional y que impactan definitivamente en el consumo de alimentos de cada paciente. Las cuestiones emocionales, el dolor, el aburrimiento y factores relacionados tienden a provocar anorexia por falta de apetito en los pacientes. Muchos de los pacientes de hospitalización en cirugía y traumatología no cuentan con el apoyo de sus familiares para hacerles compañía y brindarles cuidados.

Además de lo anterior, los pacientes que entrarán a cirugía requieren ayuno de ciertas horas previas a la cirugía para evitar complicaciones. Así mismo, se requiere ayuno de ciertas horas para que puedan realizarle algunos estudios a las y los pacientes. Estos factores pueden repercutir en el estado de salud del paciente cuando recurrentemente es puesto en ayuno por indicación médica. Infortunadamente, la saturación en la atención de pacientes por parte del hospital puede resultar en que un paciente que tenía programada una cirugía y que está en ayuno desde el día anterior, deba mantenerse en ayuno por más tiempo por reprogramación de la cirugía, bien sea porque se alargó una cirugía previa, por ejemplo.

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

...

Figura 14. Formato de registro de dietas para el pase de visita del Departamento de Nutrición y Dietética. Elaboración Propia.

De igual manera, algunas de las limitaciones del personal de nutrición y dietética se relacionan con cuestiones actitudinales y procedimentales. Tal es el caso del formato de registro de dietas de los pacientes, el cual funge como medio de comunicación entre el personal de cada turno para informar sobre lo que ha detectado en el pase de visita. El formato se muestra en la figura 14; en él se debe confirmar siempre que el paciente corresponda al número de cama, ya que este servirá como referencia para el manejador de alimentos que entregará la charola con los alimentos que se han destinado para cada paciente. Así mismo, se deberá actualizar el diagnóstico médico, y, de contar con él, el diagnóstico nutricional. Con base en lo anterior se asignará el tipo de dieta adecuada para cada paciente. Finalmente, se agregarán las anotaciones necesarias en el apartado de observaciones cuando así corresponda; tales anotaciones deberán incluirse también en la tarjeta de identificación de dieta.

Algunas veces, por el factor tiempo, por ejemplo, los nutricionistas pueden omitir actualizar los diagnósticos o las observaciones, lo que puede repercutir en la alimentación que se ofrece al paciente. Un ejemplo de omisión puede ser no verificar la dieta de un paciente que tenía indicado ayuno para el desayuno y que para la comida o la cena ya tiene nuevamente indicación de alimentos, o bien, que el médico indica ayuno desde la cena porque ingresará a cirugía en la mañana, lo que puede condicionar que se posponga el procedimiento quirúrgico.

Otro ejemplo de situaciones que ocurren es omitir preguntar al paciente sobre las observaciones que tiene anotadas en la lista. Por ejemplo, el formato de pase de visita puede indicar una dieta laxante porque el paciente ha presentado dificultades para evacuar, sin embargo, esta indicación permanece por más tiempo del necesario, llegando incluso a causar que el paciente curse con episodios de diarrea por la falta de actualización.

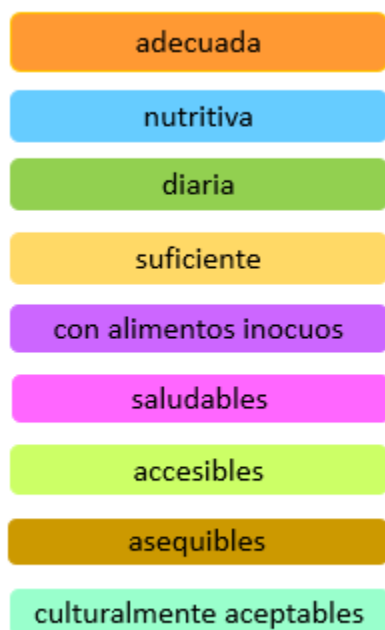
Por último, en lo que se refiere a este punto, están las cuestiones actitudinales. Infortunadamente, algunas veces el personal en turno no respeta las indicaciones de la o el profesionalista del turno anterior, haciendo variaciones en la dieta del paciente que pueden ser innecesarias o que pueden interferir con la intervención nutricional que se había planteado. Lo anterior resulta de una cuestión actitudinal cuando por falta de profesionalismo se evita la comunicación directa entre nutriólogos y nutriólogas tratantes.

Tal como se mencionó en capítulos anteriores, es responsabilidad de todos los profesionales de la salud que atienden al paciente de hospitalización vigilar su estado de salud y nutrición. Sin embargo, también se han abordado ya las consecuencias del desconocimiento de esta normativa; la falta de atención interdisciplinaria repercute en la no protección del derecho a la alimentación.

Por otro lado, la falta de conocimiento de las Guías de Práctica Clínica (GPC) puede influir en la omisión de prácticas comprobadas científicamente que favorecen la recuperación y la calidad de vida del paciente. Tal es el caso de la iniciación temprana de la dieta; en el servicio de cirugía y traumatología, en el que regularmente inician la alimentación con dieta líquida, después con alimentación complementaria a base de papillas y así progresivamente la alimentación, aún en los pacientes que no requieren esta evolución tan paulatina. Esa lenta progresión condiciona, en la mayoría de los casos, que los pacientes consuman un menor aporte energético y nutricional de lo que necesitan.

A continuación, se presentan las acciones que se realizan para la protección del derecho a la alimentación de las y los pacientes en cuestión del HGZ 252 del IMSS

con base en lo que marca el Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos (CCVDH) las cuales se enlistan en la figura 15.



(CDHCDMX, 2019: pág. 31).

Figura 15. Delimitaciones del derecho a la alimentación del CCVDH. Elaboración propia.

La alimentación que se ofrece a los pacientes de hospitalización es adecuada y nutritiva gracias a muchos factores, entre ellos, que el personal del departamento de nutrición y dietética cuenta con una formación profesional especializada que le permite diagnosticar y proponer tratamientos nutricionales oportunos e individualizados a los pacientes. Para facilitar este proceso, el IMSS ha generado estrategias como el establecimiento de 8 tipos de dietas distintas, las cuales se identifican con tarjetas de identificación conocidas como ND-02, las cuales se pueden observar en la figura 16. En estas tarjetas, las y los nutriólogos a cargo de los pacientes de hospitalización anotan el nombre completo del paciente y número de cama para su correcta identificación, así como las observaciones a lugar.

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital General de Zona 252

ND-02

Nombre del Paciente: _____ No. De cama: _____

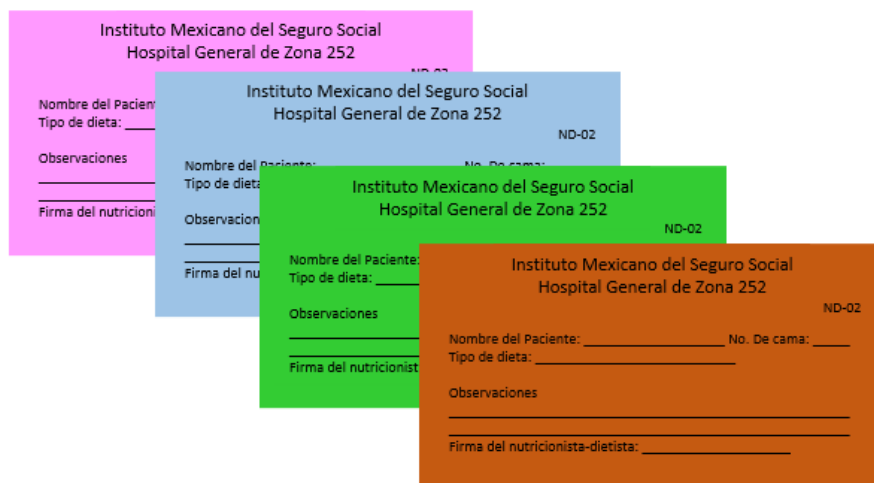
Tipo de dieta: _____

Observaciones

Firma del nutricionista-dietista: _____

Figura 16. Formato de tarjeta ND-02 para dieta normal (sin restricciones). Elaboración propia.

Las tarjetas tienen distintos colores para la fácil identificación del tipo de dieta, y tanto las y los nutricionistas dietistas como las y los manejadores de alimentos en servicio reciben capacitaciones desde el nivel central del instituto para el manejo adecuado de estas tarjetas.



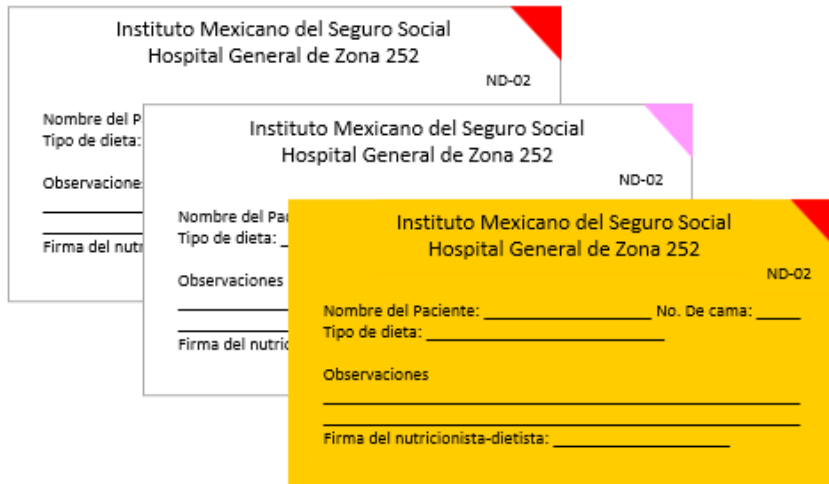


Figura 17. Formatos ND-02 para la identificación de los tipos de dieta. Elaboración propia.

La figura 17 muestra los tipos de dieta que se ofrecen en el HGZ 252 para las y los pacientes en hospitalización. La tarjeta blanca (figura 16) se utiliza para identificar a las dietas normales (sin restricción), la rosa para dietas modificadas en lípidos (blanda), azul para dietas modificadas en hidratos de carbono, verde para modificadas en sodio, blanca con esquina roja para dieta sin colecistoquinéticos¹, como lo son blanca con esquina roja para dietas líquidas y naranja para modificadas en consistencia, también conocidas como papillas.

La alimentación que se ofrece a los pacientes cumple también con lo delimitado en la normativa en cuando a la característica de ser diaria, ya que se ofrecen 3 tiempos de comida para cada paciente (desayuno, comida y cena); es saludable porque cumple con las características físicas y químicas esperadas desde la recepción de estos en el almacén de víveres y porque se buscan métodos de cocción que evitan el exceso de grasa y la pérdida de nutrimentos. También cumple con la característica de ser culturalmente aceptable, ya que las minutas consideran tanto

¹ Dieta de protección biliar, evitando la estimulación de la vesícula biliar. Debe ser baja en grasas, en especial las de origen animal, así como vigilar los condimentos (IMSS, 2023).

los alimentos de temporada (lo cual también favorece que los alimentos sean frescos, saludables y variados), pero también que se alinean con la cultura mexicana.

Los alimentos que se ofrecen cumplen con las características antes mencionadas además porque se basan en un sistema de 28 minutas cíclicas por tiempo de comida y por tipo de dieta; es decir, hay 28 tipos de desayuno para dieta normal, 28 para dieta modificada en lípidos, y así sucesivamente con el resto de tiempos de comida y con el tipo de dieta.

Aunado a lo anterior, los alimentos que se seleccionan para la elaboración de los menús de las minutas son surtidos al hospital por proveedores calificados cuyo contrato se renueva anualmente conforme a una calificación que obtienen desde el área de finanzas, pero también desde el departamento de nutrición y dietética de cada hospital. El hospital en cuestión recibe a 3 proveedores principales; uno con alimentos perecederos (cárnicos, embutidos, lácteos, fruta y verdura de temporada), no perecederos (abarrotes y huevo), y el de pan (pan fresco y pan industrializado) y tortillas.

Respecto a la suficiencia de los alimentos que se ofrecen a las y los pacientes en hospitalización se procura individualizar, sin embargo, muchas veces se ve limitada a la disposición de la charola, la cual se muestra en la figura X, a la izquierda. Algunas veces, cuando se ha identificado que las necesidades nutricionales del paciente están aumentadas, se le deja un recipiente desechable con alimentos para que pueda ingerirlos como colación. El tipo de recipiente se muestra en la figura X, a la derecha.



Figura 18. A la izquierda, charola tipo 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 alimento accesible se cumplen porque las y los pacientes reciben sus alimentos en sus camas, mientras que la asequibilidad queda cubierta porque no necesitan pagar una cuota adicional para obtenerlos.

Respecto a la inocuidad, el jefe del departamento reporta en la entrevista que el personal de comedor a cargo de la preparación y conservación de los alimentos recibe capacitación continua, tanto desde la jefatura del hospital en cuestión como de nivel central; entre los temas que se les imparten se encuentran los fundamentos básicos para preparar diluciones asépticas, desinfección de triple balde, desinfección de zonas vivas y de zonas inertes. Durante la entrevista, el doctor en nutrición comentó:

No solamente se busca que los pacientes coman sano, o no solamente que les llegue con la garantía de que esté limpio y en óptimas condiciones, sino que además sea de su agrado, que realmente se quite esa concepción de que estoy comiendo comida de hospital. A parte de que les nutre, que cumple las leyes de la alimentación, pero sobre todo que también les sea rico, porque bastante es el estrés psicológico, metabólico, fisiopatológico, como para que todavía no le ayudes con la alimentación, que es yo creo como su zona de confort, ¿no? Que el paciente diga “no solo me alimentaron, sino qué rico estaba”. Es muy importante para nosotros

que podamos garantizar cada una de las premisas, pero también que tengamos la calidez partiendo desde la empatía. Yo creo que a cualquiera de nosotros como pacientes nos gustaría eso.

Cada unidad médica hospitalaria tiene una concepción y una sinergia diferente, pero en lo que se refiere al departamento de nutrición en esta unidad, estamos apegados, normativamente hablando, a los lineamientos, porque es de nuestra entera responsabilidad dar cumplimiento cabal a cada uno de esos lineamientos y actividades.

Así mismo, mencionó que el personal del laboratorio clínico de la unidad médica en cuestión realiza pruebas mensuales a las zonas vivas (manos) y zonas inertes (superficies), así como a los alimentos de manera aleatoria, pudiendo tomar muestra de las salsas, verduras al vapor o crudas, sopas, guisados, etc. Por otro lado, el muestreo de los sucedáneos de leche materna se realiza diariamente. En caso de que algún cultivo salga positivo para algún microorganismo, se toman medidas inmediatas y se refuerzan las actividades pertinentes para contrarrestar.

5.4 La relación del sistema normativo, educativo y gubernamental en la protección del derecho a la alimentación de los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía y traumatología y traumatología del HGZ 252 del IMSS

Como se mencionó anteriormente, un gran porcentaje de los trabajadores encuestados reconocen algún documento normativo que regula sus actividades para la protección del derecho a la alimentación de sus pacientes, sin embargo, un área de oportunidad puede ser el que conozcan varios de ellos para clarificar tanto las actividades que les corresponden como las razones científicas detrás de ellas, de manera que se conjunte el conocimiento que tienen desde su formación profesional desde el enfoque de los derechos humanos. El desconocimiento de la narrativa de la normativa nacional en la CPEUM respecto a las características que contempla la alimentación como derecho no necesariamente resulta en la no protección de este, ya que los profesionales de la nutrición comprenden los

conceptos científicos en los que está fundamentada, tal como se mostró anteriormente respecto a las acciones que se realizan en el hospital para atender cada una de ellas.

Respecto a las capacitaciones que recibe el personal del departamento de nutrición y dietética del HGZ 252 del IMSS, el jefe del departamento hace mención del programa anual de trabajo, en el cual se planteó como uno de sus objetivos principales el reforzar conocimientos en favor de acciones que resulten en un servicio de calidad. A continuación, se hace una cita textual de lo que mencionó.

El contrato colectivo de trabajo nos dice que al menos debe de contar con una capacitación anual, no obstante, en el caso de la unidad en la que me encuentro, y lo digo de manera muy orgullosa, es una unidad muy suigéneris en el sentido de que llega gente con interinato o basificada, están un tiempo y meten su cambio para regresar a Toluca, ya que a la gente se le hace pesado un traslado de 1 hora u hora y media de traslado diario, por eso es que hay constantemente cambios de personal, sin embargo, al personal que llegue, uno de los objetivos centrales que tenemos en nuestra matriz de riesgo es la necesidad de capacitación y actualización que tiene el personal operativo.

Dentro del plan de trabajo, uno de los objetivos que se planteó un servidor fue la capacitación del personal, buscando estar alineado a los principios que te decía, y por supuesto, si en una matriz de riesgo detectas que una de tus necesidades es precisamente la capacitación al personal,

Idealmente, lo que se trabaje aquí debe ser lo mismo que se trabaje y que debe de saber el trabajador, ya sea que esté en Baja California, en Tabasco, en Cancún, o donde quiera que esté. Tenemos que ser muy objetivos y claros. Como nuestro personal está unos 2 o 3 meses y se regresa a su zona, mientras estén en esta unidad deben llevarse capacitación. Pero también tengo que decir algo muy importante, están las capacitaciones que el sindicato mismo proporciona de manera mensual, o que hace en coordinación con nuestra delegación, que por ejemplo hacen capacitaciones de manejo de tarjetas y dietas, arte culinario. Nada menos,

nosotros acabamos de ser cede para una capacitación para la constancia de las habilidades laborales que extiende el Instituto y el sindicato al personal manejador de alimentos y que concursaron e hicieron examen para volverse cocinero técnico 2.

Entonces, no nada más vemos eso en lo particular, sino temas abocados a higiene de manos, técnicas de desinfección de acuerdo a los lineamientos de nutrición, contaminación cruzada, lo que se refiere a rangos de temperaturas de cocción, zonas de temperaturas seguras de refrigeración, manejo de residuos. Todo eso lo vamos llevando en la capacitación mensual, además de que nosotros debemos presentar como jefatura cuáles son los resultados que hemos obtenido, y qué es lo que hemos realizado. Y bueno, fíjate que, en cuestión de productividad de dietas en cuestión hospitalaria, de acuerdo a nuestros indicadores, buscamos la retroalimentación de nuestro personal para aprender de manera conjunta. Buscamos que el personal no solo reciba información, sino que haya una supervisión constante de las actividades (Jefe del departamento, 43 años).

Otra de las áreas de oportunidad, tanto para el sistema educativo como gubernamental, es reforzar la educación que identifique a la interdisciplina como punta de lanza en el logro de los objetivos de salud para las y los pacientes hospitalizados. Con ello se podrá debilitar también la idea hegemónica de que los profesionales de la salud tienen más o menos importancia desde su área de conocimiento respecto a la recuperación de la salud y calidad de vida de las y los pacientes.

Una de las situaciones que cabe analizar en cualquier escenario en el que se identifique la protección de los derechos humanos es el reconocimiento de las áreas de oportunidad, así como de los recursos con los que se cuenta para su corrección y el establecimiento de líneas de acción puntuales para dar solución. Es por ello que se preguntó al jefe de departamento acerca de su experiencia cuál o cuáles son los retos que enfrentan para la protección del derecho a la alimentación de las y los pacientes del HGZ 252 del IMSS, a lo cual respondió:

Efectivamente hemos estado en diferentes unidades y definitivamente puedo decirte que cada una ofrece enseñanzas y suma. Es importante recalcar la disposición para apegarse al cumplimiento de lo que como servidores públicos debemos de cumplir. Definitivamente considero importante la suma de valores, la identificación y sentido de pertenencia con los valores e ideales del Instituto, porque nos gusta tener una buena atención a los pacientes. Sería mentira decirte que todo es miel sobre hojuelas. Debo de ser muy honesto y hay áreas de oportunidad. Sería una falacia decir lo contrario. Claro que hay áreas de mejora constante y la verdad es que sí las hay. Tenemos falta de personal, falta de insumos, pero lo importante es la disposición, el liderazgo que se tenga y compartir con ellos para dirigirlos y ser muy claros en el camino que se tiene trasado y hacia dónde vamos, eso es fundamental, porque detrás de eso hay todo un proceso administrativo en donde tu ya tienes identificados tus puntos críticos de control, en donde tienes proyectado hacia dónde quieres ir, y yo creo que uno de los valores principales que tenemos en este Instituto es el deber ser, que es muy grande, y la verdad es que nos llevaríamos un muy buen rato tratando de hablar de esto, pero algo que te puedo decir es que es algo que pueda permitir garantizar que la alimentación de los pacientes que se atienden, comienza desde nuestra participación del cumplimiento de los lineamientos y de los procesos inmersos en el departamento. Esto va desde que supervisas y recibes el alimento, que cumplan con la calidad esperada, entre otros. Desde ese momento, tú ya estas protegiendo y haciendo valer ese derecho; tú ya estás viendo que venga con las características fisicoquímicas adecuadas, a la temperatura correcta, con los embalajes necesarios y en buen estado, pero no nada más ahí. Desde que tú estás enseñando a la persona que va a preparar los alimentos de qué manera debe ser el proceso en términos de refrigeración, cocción, procesamiento, distribución, en todo, vas a garantizar ese derecho, porque tú lo haces con dedicación y con el ahínco de hacer bien las cosas.

Otra de las áreas de oportunidad que hemos identificado es la atención multidisciplinaria. Algunas veces el médico dice que la dieta debe ser normal, pero ese término queda muy subjetivo. El médico interno de pregrado puede repetir este tipo de dieta en el siguiente turno. Esta parte la debemos tener muy presente. Dice el dicho “zapatero a tus zapatos”. ¿A qué me refiero con esto? Si el médico dice que es una dieta normal, pero hay desconocimiento de cómo son los tipos de dieta y sus

especificaciones, como lo puede ser la dieta reducida en sodio, o baja en hidratos de carbono, reducida en lípidos, o cualquiera que sea; si no te das cuenta en que es un paciente geriátrico, edéntulo, con hipertensión arterial y diabetes, y trae una fractura de cadera, entonces no estamos siendo objetivos cuando se dice una dieta normal o una dieta para la edad. La indicación está mal, entonces es cuando interviene el personal de nutrición cuando ve clara y objetivamente el tipo de dieta que el paciente necesita, no solo baja en sodio e hidratos de carbono, sino que contenga los nutrimentos necesarios para atender la fisiopatología del paciente, pero también para evitar que se complique, que tenga deficiencias, es decir, que a partir de la alimentación se propicie que el paciente mejore su estado de alimentación y, por ende, el estado de salud.

Respecto a la prevención de la desnutrición intrahospitalaria, el entrevistado mencionó los procesos y herramientas de tamizaje antes descritos; también agregó:

El expediente de cada paciente debe contar con al menos un registro clínico nutricional, conforme a lo normativo. Ello también ayuda a que se determine la orientación nutricional del paciente cuando es dado de alta, para que cuando se vaya a casa pueda irse con una referencia a una unidad médica familiar para continuar con el tratamiento nutricional cuando es necesario.

Es claro que la desnutrición intrahospitalaria es determinada por cada paciente y sus condiciones de salud. En cada caso se buscan las alternativas de alimentación para cubrir sus requerimientos. Dependiendo de la patología con la que ingresa, con el tipo de cirugía que se le practicó, etc., se harán las recomendaciones nutricionales. Sobre todo, una valoración oportuna. Es decir, no tendría por qué haber un paciente con desnutrición intrahospitalaria si llevamos de manera adecuada la valoración nutricia, si hacemos las adecuaciones a tiempo, que para eso estamos; ese es el ideal. ¿Cuál es lo real? Que a veces la patología como tal de cada paciente, y las complicaciones de cada paciente no nos apoyan. A veces no contamos con la red de apoyo del familiar también. Esa red es fundamental para los cuidados del paciente. Cada área hace su parte desde su trinchera; el equipo de enfermería está muy al pendiente, y es parte de sus responsabilidades, pero también, el equipo de nutrición es fundamental, primeramente, para hacerle llegar

lo que el paciente necesita, y también para evitar que surjan complicaciones. Si esto sucede, el paciente puede estar expuesto a una baja de masa muscular, a una baja de peso, baja del estado nutricional y con ello inmunológico. Sin embargo, depende de cada situación para definir cómo nosotros como equipo de nutrición vamos a abordar al paciente. Pero hay situaciones en las que somos ajenos, como por ponerte un ejemplo, el paciente puede ingresar por una resección intestinal, pero si de pronto se complica con una peritonitis, ya es un paciente en riesgo y nuestro abordaje nutricional cambiará drásticamente en automático. Nosotros tenemos que saber, conforme a la indicación médica, qué es lo más óptimo para la alimentación de ese paciente.

Cualquier profesional de la salud que atienda al paciente puede solicitar una interconsulta, sin embargo, por lo regular es el médico tratante el que la solicita al departamento de nutrición y dietética. Sin embargo, muchas veces el personal de enfermería e incluso el de trabajo social, quien en este sentido es importantísimo, se acercan con el nutriólogo de piso para comentarnos “¿sabes qué? Esta persona no está comiendo”, o “este paciente geriátrico está teniendo estas complicaciones, o no puede evacuar”, por ejemplo, o “este paciente tuvo complicaciones en su cirugía por las patologías de base que ya traía y ahora cursa con una infección”. Entonces nosotros trabajamos en conjunto, incluso solicitando una valoración por parte de la especialista en apoyo nutricio, quien de pronto puede indicar una NPT (Nutrición Parenteral Total), siempre y cuando vaya a los criterios de inclusión.

Nosotros también trabajamos de la mano con los médicos encargados y les recordamos: “¿sabe qué doctor? Este paciente es diabético, además es edéntulo, por lo que le podría convenir más este tipo de dieta”. Es decir, hacemos las recomendaciones a las que haya lugar de acuerdo con la patología y las características del paciente.

Por contrato colectivo de trabajo están muy definidas las actividades en los profesiogramas, entonces el nutriólogo encargado de piso tiene que hacer la valoración nutricional en el área de hospitalización. No significa que en hospitalización no se pueda dar. Por ejemplo, si llegó un paciente que de manera urgente necesita una NPT, por ejemplo, por supuesto la especialista puede bajar y hacer la valoración y la solicitud, pero esto es a petición.

La valoración nutricia se realiza a mano y se coloca una marca color rosa, que es el que nos representa, y una copia se queda en el expediente; una copia se entrega al jefe de oficina del departamento de nutrición y dietética para rectificar y dar un aporte oportuno. Además, es posible hacer esta valoración en formato digital y se queda en el expediente electrónico del paciente. En ambos casos, estas valoraciones quedan a disposición del resto de profesionales de la salud que atienden y atenderán al paciente.

Lo ideal es solicitar a cada nutriólogo que entregue los registros de cada paciente de hospitalización, pero tenemos algunas áreas de oportunidad como la falta de personal. Si no te cubrieron porque la nutricionista de la tarde está de incapacidad y además de las actividades del otro nutricionista de la tarde le pides estos registros, probablemente le alcance el tiempo para hacer una VGS, pero la realidad es que muy probablemente no. Entonces ¿qué tienes que hacer? Bueno, pues garantizar los otros procesos, reforzar que en la mañana hagan estos registros, por ejemplo, pero al final, son áreas de oportunidad.

Deducciones

El personal del HGZ 252 no tiene un pleno conocimiento de la normativa internacional, interamericana, nacional y, en algunos casos, institucional, pero que ello no implica necesariamente que las acciones que realizan las y los nutricionistas-dietistas no estén alineadas a los conceptos científicos que fundamentan la normativa, ya que estos conceptos son abordados a lo largo de su formación profesional y son reforzados en las capacitaciones mensuales.

La atención a los pacientes del HGZ 252 del IMSS pretende ser desde la empatía y el buen trato, sin embargo, conviene reforzar desde el enfoque de los derechos humanos.

El HGZ 252 tiene una realidad social respecto a la protección del derecho a la alimentación que puede ser distinta a otras unidades del IMSS; si bien, el instituto ha generado normativa, capacitaciones, programas, minutas de dieta, tarjetas de

identificación de dieta y otras herramientas para favorecer actividades prácticas, sencillas y efectivas para la protección de derechos de los pacientes, es necesario reforzar todos los escalones por los que descienden estas indicaciones y propuestas para que tengan un cumplimiento certero y cabal.

El HGZ 252 enfrenta algunas situaciones difíciles de enfrentar, como las cuestiones actitudinales del personal o la sobrecarga de trabajo, las cuales pueden encontrarse en diferentes unidades médicas del IMSS; sin embargo, la jefatura del departamento promueve el análisis de estas áreas de oportunidad, lo que permite establecer propuestas de solución en sus planes de trabajo anual, lo cual ha permitido obtener resultados favorables, de modo que pueden resultar en un referente para otras instituciones similares.

Las actividades del personal del departamento de nutrición y dietética están bien delimitadas y son congruentes con las características que contempla la CPEUM en la protección de derechos humanos como el de la alimentación. El cumplimiento de estas está determinado por distintos factores favorables como la capacitación profesional que se requiere para ese puesto, así como por lo redactado en la normativa gubernamental, por ejemplo, pero también por situaciones personales que pueden menguar la protección, como las barreras actitudinales, la sobre carga de trabajo, la monotonía de las actividades, la alta rotación de personal del HGZ 252 por la localidad en la que se encuentra, entre otras.

Conclusiones

Una alimentación adecuada, nutritiva, diaria, suficiente, de calidad, y culturalmente aceptable es esencial para el desarrollo humano y la protección contra el hambre y la malnutrición (CDHCDMX, 2019: pág. 31). Esto se puede lograr con una buena planeación dietética y, en algunos casos, con tratamientos como la suplementación, alimentación enteral y endovenosa.

El derecho a la alimentación está alineado con las recomendaciones médicas. Cumplir con este derecho permite alcanzar un alto nivel de salud y calidad de vida, por lo que es crucial protegerlo, especialmente en personas hospitalizadas y vulnerables.

El sistema normativo a nivel internacional, interamericano, nacional e institucional ha desarrollado documentos que obligan al Estado a proteger este derecho. Sin embargo, su aplicación efectiva depende de la comunicación entre el sistema normativo, el educativo y el gubernamental para informar a los responsables y a los beneficiarios de estos derechos.

La ineficacia del sistema jurídico en ocasiones se debe a la falta de enfoque en la protección del derecho a la alimentación de pacientes hospitalizados, por su invisibilización como sujetos de derechos. El análisis de los documentos muestra que no faltan leyes o guías, sino su aplicación práctica y la capacitación de los responsables desde el sistema educativo. Las leyes mexicanas reconocen la importancia del derecho a la alimentación, pero su efectividad es limitada por la falta de comunicación con el sistema educativo. Muchos profesionales de la salud desconocen sus obligaciones legales debido a la falta de capacitación en derechos humanos durante su formación.

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) del IMSS establecen lineamientos para el abordaje nutricional de los pacientes, pero deben aplicarse con flexibilidad para atender las necesidades individuales.

Para la protección de derechos fundamentales de las y los pacientes en hospitalización, es fundamental implementar las etapas que se han considerado para la Educación en Derechos Humanos, entre las cuales destaca la formación profesional, ya que las y los estudiantes de nivel superior deben conocer la normativa que los identifica como responsables, así como los documentos jurídicos que establecen el actuar desde un enfoque de derechos.

Aunque los documentos normativos son redactados desde los fundamentos científicos que estudian las y los estudiantes de licenciatura, solo se puede hablar de protección a los derechos humanos, como el derecho a la alimentación, cuando todas las personas involucradas tienen conocimiento de estos documentos, los cuales deben guiar el actuar profesional.

El personal del HGZ 252 no conoce plenamente la normativa internacional, interamericana, nacional e institucional, aunque sus acciones están alineadas con conceptos científicos aprendidos durante su formación y en capacitaciones mensuales. Para hablar de la protección de los derechos humanos de las y los pacientes de hospitalización, no solamente es necesario brindar una atención de calidad, con calidez y humanismo, sino desde el enfoque de la Educación en Derechos Humanos.

El HGZ 252 enfrenta desafíos específicos en la protección del derecho a la alimentación, distintos a otras unidades del IMSS. Aunque existen normativas y herramientas para facilitar estas actividades, es crucial reforzar todos los niveles de implementación para garantizar un cumplimiento efectivo.

Las actividades del personal del departamento de nutrición y dietética están bien delimitadas y son congruentes con la protección de derechos humanos, como el derecho a la alimentación. Su cumplimiento depende de la capacitación profesional y la normativa vigente, aunque también puede verse afectado por barreras actitudinales, sobrecarga de trabajo, monotonía y alta rotación de personal debido a la localización del HGZ 252, entre otros factores.

Referencias

- Alvariñas, J., Antonucci, R., Burlando, G., Calvagno, M., Carduz, M., Cúneo, A., . . . Sverdllick, A. (2020). *Nutrición*. Universidad de Buenos Aires.
- Bustamante, L., Luzuriaga, M., Rodríguez, P., & Espadero, R. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 389-398. doi:<https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>
- CADH. (06 de junio de 2023). *Convención Americana de Derechos Humanos, una herramienta que garantiza los derechos fundamentales en América*. Obtenido de ayudaenaccion.org/blog/derechos-humanos/convencion-americana-derechos-humanos/#:~:text=La%20Convenci%C3%B3n%20Americana%20de%20Derechos%20Humanos%20es%20un%20tratado%20internacional,protegidos%20por%20los%20Estados%20parte.
- CDHCDMX. (2019). *Cátalogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*. Obtenido de piensadh.cd hdf.org.mx/images/publicaciones/serie_de_documentos_oficiales/2019_Catalogo_violaciones_DH.pdf
- CEPAL. (diciembre de 2018). *La Agenda 2023 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Obtenido de repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/cb30a4de-7d87-4e79-8e7a-ad5279038718/content
- CPEUM. (abril de 2016). *22a edición*. Obtenido de dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5469291#:~:text=Que%20el%20art%C3%ADculo%204o.%20de,nutritiva%2C%20suficiente%20y%20de%20calidad.

- CPEUM. (2023). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Porrúa.
- de la O, V. (26 de marzo de 2020). *El color de los alimentos y sus propiedades nutricionales*. Obtenido de www.proyectosendo.es/el-color-de-los-alimentos-y-sus-propiedades-nutricionales/: <https://www.proyectosendo.es/el-color-de-los-alimentos-y-sus-propiedades-nutricionales/>
- DOF. (1981). *DECRETO da Promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, abierto a firma en la ciudad de Nueva York, E.U.A., el 19 de diciembre de 1966*. Obtenido de www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4646611&fecha=12/05/1981#gsc.tab=0: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4646611&fecha=12/05/1981#gsc.tab=0
- DOF. (7 de febrero de 1984). *Ley General de Salud*. Obtenido de 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
- DOF. (14 de junio de 2011). *Programa Nacional de Derechos Humanos*. Obtenido de 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
- DOF. (30 de abril de 2014). *PROGRAMA NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS*. Obtenido de www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343071&fecha=30/04/2014#gsc.tab=0: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343071&fecha=30/04/2014#gsc.tab=0
- DOF. (26 de abril de 2017). *DECRETO por el que se crea el Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480759&fecha=26/04/2017#gsc.tab=0: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5480759&fecha=26/04/2017#gsc.tab=0
- FDA. (05 de marzo de 2024). *El sodio en su dieta*. Obtenido de [www.fda.gov/food/nutrition-education-resources-materials/el-sodio-en-su-dieta#:~:text=Los%20valores%20diarios%20son%20las,miligramos%20\(mg](http://www.fda.gov/food/nutrition-education-resources-materials/el-sodio-en-su-dieta#:~:text=Los%20valores%20diarios%20son%20las,miligramos%20(mg)

)%20al%20d%C3%ADa.: [https://www.fda.gov/food/nutrition-education-resources-materials/el-sodio-en-su-dieta#:~:text=Los%20valores%20diarios%20son%20las,miligramos%20\(mg\)%20al%20d%C3%ADa.](https://www.fda.gov/food/nutrition-education-resources-materials/el-sodio-en-su-dieta#:~:text=Los%20valores%20diarios%20son%20las,miligramos%20(mg)%20al%20d%C3%ADa.)

Fernández, A. (2013). *Valoración del Gasto Energético*. Obtenido de ocw.ehu.es/file.php/251/Practica_1._Valoracion_del_gasto_energetico.pdf: https://ocw.ehu.es/file.php/251/Practica_1._Valoracion_del_gasto_energetico.pdf

Ferreres, A. e. (18 de diciembre de 2023). *Inmunonutrición y (su impacto en la) salud. Micronutrientes y factores debilitantes*. Obtenido de scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000700002&script=sci_arttext&tlng=pt#aff1: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112023000700002&script=sci_arttext&tlng=pt#aff1

García, E. e. (Septiembre de 2020). *Hortalizas para una dieta variada en una localidad de copainalá, chiapas*. Obtenido de hdl.handle.net/20.500.12753/2118: <https://hdl.handle.net/20.500.12753/2118>

García, R. (2020). *Efectividad del NRS 2002 en la valoración del riesgo nutricional en pacientes adultos quirúrgicos del Hospital Militar Central Junio-Diciembre 2019*. Obtenido de [Repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6406](https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6406): <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6406>

Gobierno de México. (15 de noviembre de 2022). *14 de noviembre. Día mundial de la diabetes*. Obtenido de www.gob.mx/profeco/documentos/14-de-noviembre-dia-mundial-de-la-diabetes-319474?state=published#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20documento,m%C3%A9dico%20previo%20de%20diabetes%20mellitus.: <https://www.gob.mx/profeco/documentos/14-de-noviembre-dia-mundial-de-la-diabetes-319474?state=published#:~:text=De%20acuerdo%20con%20el%20documento,m%C3%A9dico%20previo%20de%20diabetes%20mellitus.>

González, O., & Expósito, H. (2020). Alimentación del niño preescolar, escolar y del adolescente. *Pediatría Integral*, 24(2), 98-107.

Grandía, D., Monzón, M., Ramos, A., Quesada, I., & León, D. (2021). Evaluación nutricional de adolescentes del Policlínico Universitario "Luis Augusto Turcios Lima". *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(2).

- Guerville, F., Villain, C., & Beuscart, J. (2023). Trastornos de la hidratación, alteraciones hidroelectrolíticas e insuficiencia renal aguda en personas ancianas. *EMC - Tratado de Medicina*, 27(1), 1-13.
doi:[https://doi.org/10.1016/S1636-5410\(22\)47469-1](https://doi.org/10.1016/S1636-5410(22)47469-1)
- Gutiérrez-Ovalle, M. (2021). *Control nutricional sobre el consumo de fibra de los adultos mayores en el centro de salud Magdalena del Mar*. Obtenido de repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6438:
<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6438>
- Hernández-Ledesma, B. (2020). *Multifuncionalidad y biodisponibilidad de péptidos bioactivos de origen alimentario*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Hollis, J., Collins, C., DeClerck, F., Kheng, L., McColl, K., & Demaio, A. (2020). Defining healthy and sustainable diets for infants, children and adolescents. *Global Food Security*, 27, 100401.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.gfs.2020.100401>
- IMFNB . (2002). *Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids*. Washington, DC: National Academies Press.
- IMSS. (2013). *Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento* . Obtenido de www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GER.pdf:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/641GER.pdf>
- IMSS. (2013). *Guía de Práctica Clínica. Intervención Dietética. Paciente con Obesidad*. Obtenido de www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/684GER.pdf:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/684GER.pdf>
- IMSS. (03 de noviembre de 2016). *Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/225GER.pdf:
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/225GER.pdf>
- IMSS. (2023). *Clasificación y manejo de dietas terapéuticas a nivel hospitalario*. Obtenido de hgz89.com/docs/nutricion/CATALOGO%20PLATILLOS%202023%20HGZ89.pdf:
<https://hgz89.com/docs/nutricion/CATALOGO%20PLATILLOS%202023%20HGZ89.pdf>
- INEGI. (2021). *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. Obtenido de <https://www.inegi.org.mx/>

- Iñarritu, M. d. (31 de enero de 2018). *Nutrición y color: una relación benéfica*. Obtenido de www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/nutricion-y-color-una-relcion-benefica/:
<http://www.massaludfacmed.unam.mx/index.php/nutricion-y-color-una-relcion-benefica/>
- López, e. a. (2022). *Condiciones científicas para el mejoramiento de la salud y la nutrición*. Chiapas: UNICACH.
- Magne-Taquichiri, G. (2023). *Riesgo nutricional y consumo de alimentos en adultos mayores internados en el hogar de ancianos sagrada familia del municipio de oruro los meses de junio-julio de 2019*. Obtenido de repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/33424/TE-2192.pdf?sequence=1&isAllowed=y:
<https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/33424/TE-2192.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Mahan, L., Escott-Stump, S., & Raymond, J. L. (2012). Krause. *Dietoterapia*. España: Elsevier.
- Mihr, A. (2017). Educación en Derechos Humanos en el Ámbito Universitario. *Tarbiya, Revista De Investigación E Innovación Educativa*(35), 29-42. Obtenido de redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/34207/7244-15101-1-PB.pdf?sequence=1:
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/34207/7244-15101-1-PB.pdf?sequence=1>
- Mojica, L. e. (septiembre de 2020). *Relación entre covid-19, vitamina C y sistema inmune*. Obtenido de repositorio.unitec.edu/handle/123456789/12181:
<https://repositorio.unitec.edu/handle/123456789/12181>
- Morales-Castillejos, L., & Cardoso-Reyes, M. (2022). Efectos y tratamiento de la anemia perniciosa en la salud del adulto mayor. *Revista de Hematología*, 23(3), 146-158. doi:<https://revistadehematologia.org.mx/article/efectos-y-tratamiento-de-la-anemia-perniciosa-en-la-salud-del-adulto-mayor/>
- National Institutes of Health. (08 de noviembre de 2022). *Vitamina D*. Obtenido de ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-DatosEnEspanol/:
<https://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-DatosEnEspanol/>
- NIH. (5 de marzo de 2019). *Potasio*. Obtenido de ods.od.nih.gov/factsheets/Potassium-DatosEnEspanol/:
<https://ods.od.nih.gov/factsheets/Potassium-DatosEnEspanol/>

- Nuñez, F., & Savulsky, J. (diciembre de 2022). *Evaluación de la ingesta de alimentos fuente de calcio en relación a lo recomendado por la ingesta dietética de referencia (IDR) en adultos que concurren al gimnasio Taian de la ciudad de Paraná*. Obtenido de <http://repositorio.ucu.edu.ar/xmlui/handle/522/584>:
<http://repositorio.ucu.edu.ar/xmlui/handle/522/584>
- OEA. (31 de octubre de 2022). *Plan Estratégico 2023-2027*. Obtenido de www.oas.org/es/cidh/mandato/planestrategico/2023/ResumenEjecutivo_PlanEstrategico2023-2027.pdf:
https://www.oas.org/es/cidh/mandato/planestrategico/2023/ResumenEjecutivo_PlanEstrategico2023-2027.pdf
- OMS. (2003). Obtenido de www.fao.org/3/ac911s/ac911s.pdf:
<https://www.fao.org/3/ac911s/ac911s.pdf>
- OMS. (31 de agosto de 2018). *Alimentación Sana*. Obtenido de www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- ONU. (10 de Diciembre de 1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Obtenido de www.ohchr.org/sites/default/files/spn.pdf:
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/spn.pdf>
- ONU. (16 de Diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf:
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ProfessionalInterest/cescr_SP.pdf
- ONU. (2012). *Programa Mundial para la Educación en Derechos Humanos. Segunda etapa. Plan de Acción*. Obtenido de www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/WPHRE_Phase_2_sp.pdf:
https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/WPHRE_Phase_2_sp.pdf
- ONU. (4 de octubre de 2019). *Resolución aprobada por el Consejo de Derechos*. Obtenido de documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/295/69/pdf/g1929569.pdf?token=peiHBrxMEGKbAgiLs2&fe=true:
<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g19/295/69/pdf/g1929569.pdf?token=peiHBrxMEGKbAgiLs2&fe=true>

- Ortiz, K., Ugarte, P., Gaytán, C., Ruiz, M., Martínez, B., & Aguirre, J. (2023). Impacto de la nutrición enteral temprana en la mortalidad y días de estancia en la unidad de cuidados intensivos. *Medicina Crítica*, 496-499.
- Penagos, J. (2022). *Efecto de un programa de orientación alimentaria virtual sobre los factores de riesgo de diabetes tipo 2 en personal de enfermería de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. Obtenido de repositorio.iberopuebla.mx/handle/20.500.11777/5453: <https://repositorio.iberopuebla.mx/handle/20.500.11777/5453>
- Reyes-Pérez, L., Hasse-Riquelme, V., & Silca-Burgos, L. (2020). Educación en Derechos Humanos para el Trabajo Social: una mirada desde los estándares internacionales. *Prospectiva. Revista de Trabajo Social e intervención social*(30), 259-281. doi:<https://doi.org/10.25100/prts.v0i30.8858>
- Romero, L. e. (2022). *Cicatrización y su relación con la nutrición; un enfoque necesario*. Obtenido de www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/download/332/pdf: <http://www.revactamedica.sld.cu/index.php/act/article/download/332/pdf>
- Rondino, A. (2022).
- Royo, M. (2017). *Nutrición en Salud Pública*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Salusso, A. (2019). *Desnutrición Intrahospitalaria*. Obtenido de www.clinica-unr.com.ar/Posgrado/trabajos-graduados/analia-salusso.pdf: <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*. Obtenido de zaguan.unizar.es/record/97881/files/TAZ-TFG-2020-3626.pdf: <https://zaguan.unizar.es/record/97881/files/TAZ-TFG-2020-3626.pdf>
- Sena-Rojas, M. (2023). *Comparación del gasto energético en reposo y las necesidades de macronutrientes medidos por calorimetría indirecta versus ecuaciones predictivas en adultos con insuficiencia cardíaca de la clínica Smart Heart*. Obtenido de repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/5869/Sena%20Rojas%20Marisol%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y: <https://repositorio.iberopuebla.mx/bitstream/handle/20.500.11777/5869/Sena%20Rojas%20Marisol%202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- SEP. (2019). *Reforma Educativa*. Obtenido de www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/2924/Resumen_Ejecutivo_de_la_Reforma_Educativa.pdf:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/2924/Resumen_Ejecutivo_de_la_Reforma_Educativa.pdf
- Sosa, M., & M.J., G. (2021). La suplementación de calcio y vitamina D en el manejo de la osteoporosis. ¿Cuál es la dosis aconsejable de vitamina D? *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*, 13(2), 77-83.
doi:<https://dx.doi.org/10.4321/s1889-836x2021000200006>
- Stransky, M., & Rysava, L. (2009). Nutrition as prevention and treatment of osteoporosis. *Physiology*, 58:S7.
- Symons TB, e. a. (2009). A moderate serving of high-quality protein maximally stimulates skeletal muscle protein synthesis in young and elderly subjects. *Am Diet*, 190:1582.
- UNICEF. (2022). *Las 12 habilidades transferibles*. Obtenido de www.unicef.org/lac/media/30756/file:
<https://www.unicef.org/lac/media/30756/file>
- Uribe-Risco, V., Villacis-Poved, E., & Padilla-Moreira, A. (2020). Anemia por deficiencia de nutrientes en niños, niñas y adolescentes de la Zona Sur de Manabí. *Polo del Conocimiento*, 5(6), 309-327. doi:10.23857/pc.v5i5.1421
- Vázquez-Martínez, F., Sánchez-Mejorada, J., Delgado-Domínguez, C., Luzania-Valerio, M., & Mota-Morales, M. (2020). La educación médica desde el enfoque de la salud basado en derechos humanos. *Investigación en Educación Médica* |, 9(36), 30-40.
doi:<https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2020.36.20233>
- 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.
- Villaverde-Núñez, A. e. (2021). Evaluación del estado nutricional al ingreso y evolución tras siete días de hospitalización en un hospital de segundo nivel de Madrid. *Nutrición Hospitalaria*, 780-789.
- Vindas-Smith, R. (2022). Consumo de alimentos altamente procesados y de alta palatabilidad y su relación con el sobrepeso y la obesidad. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 355-379.
doi:<http://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.48097>
- Waitzberg, D. (2011). Desnutrición Hospitalaria. *Nutrición hospitalaria*, 26(2), 254-264. doi:ISSN 0212-1611

