



Colegio Mexicano  
De Nutrición Clínica Y  
Terapia Nutricional A.C.



## PUBLICACIONES DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO

# LA NUTRICIÓN CLÍNICA COMO POLÍTICA DE SALUD EN MÉXICO:

Posicionamiento del Colegio  
Mexicano de Nutrición Clínica y  
Terapia Nutricional (CMNCTN)  
en conjunto con la Academia  
Nacional de Medicina de México  
(ANMM).

**VERSIÓN COMPLETA**

9 de agosto de 2025

## COORDINADORES DEL DOCUMENTO

**Dra. Olga Gómez Santa María**, presidenta del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional (CMNCTN)

**Dr. Raúl Carrillo Esper**, presidente de la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM)

## AUTORES DEL DOCUMENTO

Dr. Humberto de la Asunción Arenas Márquez

Dr. Diego Arenas Moya

Dr. Juan Carlos de la Cruz Castillo Pineda

Dr. Jorge Chirino Romo

Dr. César Cruz Lozano

Dr. José Ignacio Díaz-Pizarro Graf

Dra. Vanessa Fuchs Tarlovsky

Dr. Luis Galindo Mendoza

Dra. Olga Gómez Santa María

Dr. Alejandro Hidalgo Ponce

Dr. Juan Carlos Hernández Aranda

MBA. Angela Kimura Ovando

Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre

Dra. Yolanda del Carmen Méndez Romero

Dr. Jorge Rosendo Sánchez Medina

Dr. Víctor Manuel Sánchez Nava

Dr. José Antonio Ruy Díaz Reynoso

# Índice

Glosario de términos	4
Glosario de siglas	6
Resumen Ejecutivo	7
I. Introducción	9
II. Análisis situacional de la nutrición clínica	10
III. Argumento	10
<b>Eje 1.</b> Reconocer la atención nutricional como derecho	11
<b>Eje 2.</b> Reconocer la nutrición clínica como disciplina científica e interdisciplinaria	11
<b>Eje 3.</b> Priorizar la atención nutricional en la política pública y normar su implementación efectiva	12
<b>Eje 4.</b> Implementar la atención nutricional como estrategia para mejorar resultados clínicos y eficiencia institucional	12
<b>Eje 5.</b> Garantizar atención nutricional segura, efectiva y de calidad en hospitales.	13
<b>Eje 6.</b> Profesionalizar y certificar al personal de salud en nutrición clínica, así como fomentar la normatividad para la certificación de instituciones en la misma disciplina.	13
<b>Eje 7.</b> Fortalecer el enfoque interdisciplinario, corresponsable y colaborativo en hospitales.	14
IV. Conclusión	15
V. Referencias	16

# Glosario de términos

<b>DRE – Desnutrición Relacionada con la Enfermedad</b>	Condición clínica en la que el estado nutricional deficiente ocurre como consecuencia de una enfermedad aguda o crónica, y que influye negativamente en la evolución del paciente.
<b>Nutrición clínica</b>	Disciplina científica y profesional encargada de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de alteraciones nutricionales asociadas a condiciones médicas, mediante intervenciones orales, enterales o parenterales.
<b>Terapia nutricional especializada</b>	Tratamiento médico-nutricional que cubre las necesidades específicas de los pacientes mediante el uso de fórmulas terapéuticas, suplementación, alimentación por vía oral, por sonda (enteral) o intravenosa (parenteral).
<b>EINC – Equipo Interdisciplinario de Nutrición Clínica</b>	Grupo de profesionales de la salud en nutrición, medicina, enfermería, farmacia y otros que trabajan de forma colaborativa para brindar atención nutricional integral y segura a una persona que recibe atención médica en el medio hospitalario.
<b>Tamizaje nutricional</b>	El tamizaje nutricional es un proceso rápido que permite identificar a las personas en riesgo nutricional, y debe realizarse con una herramienta validada y adecuada en todos los pacientes que tengan contacto con los servicios de salud.
<b>Tamizaje nutricional</b>	El tamizaje nutricional es un proceso rápido que permite identificar a las personas en riesgo nutricional, y debe realizarse con una herramienta validada y adecuada en todos los pacientes que tengan contacto con los servicios de salud.
<b>Evaluación nutricional</b>	La evaluación nutricional es un proceso que se realiza en todas las personas identificadas como en riesgo mediante el tamizaje nutricional. Proporciona la base para el diagnóstico y para definir las acciones posteriores, incluido el tratamiento nutricional. Se apoya en herramientas predefinidas y considera parámetros como el peso, la talla, el índice de masa corporal, la composición corporal y los índices bioquímicos.

# Glosario de términos

<b>Diagnóstico médico-nutricional</b>	Identificación clínica del estado nutricional del paciente, mediante parámetros semiológicos, dietéticos, antropométricos, funcionales y paraclínicos, y su relación con la enfermedad de base.
<b>Intervención nutricional</b>	Aplicación, planificación e implementación de acciones intencionadas destinadas a cambiar o mejorar positivamente un problema relacionado con la nutrición.
<b>Monitoreo y Reevaluación nutricional</b>	Evaluación del avance y los resultados de una intervención nutricional mediante la medición del progreso hacia los objetivos establecidos, con el fin de tomar decisiones informadas que permitan ajustar y mejorar el tratamiento nutricional en futuras reevaluaciones
<b>Certificación hospitalaria en nutrición clínica</b>	Proceso mediante el cual (un ente certificador externo) verifica que una institución cumple con estándares técnicos, operativos y de calidad para la atención nutricional hospitalaria
<b>Certificación del profesional de la salud en nutrición clínica</b>	Proceso mediante el cual (un ente certificador externo) valida que una persona profesional de la salud cumple con los estándares y competencias técnicos, académicos, operativos y de calidad para la atención nutricional especializada.

# Glosario de siglas

SIGLA	SIGNIFICADO
DRE	Desnutrición Relacionada con la Enfermedad
SNS	Sistema Nacional de Salud
EINC	Equipo Interdisciplinario de Nutrición Clínica
ESPEN	European Society for Clinical Nutrition and Metabolism
FELANPE	Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo
ASPEN	American Society for Parenteral and Enteral Nutrition
OMS	Organización Mundial de la Salud
CSG	Consejo de Salubridad General
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
NOM	Norma Oficial Mexicana
GPC	Guía de Práctica Clínica
ANMM	Academia Nacional de Medicina de México
CMNCTN	Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional

# Resumen Ejecutivo

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) representa una emergencia silenciosa y persistentemente subestimada dentro de los sistemas de salud. Afecta entre el 30% y 50% de los pacientes hospitalizados, impactando negativamente tanto la eficiencia institucional como el respeto a derechos fundamentales en salud (1). Esta condición, que a menudo pasa desapercibida o subdiagnosticada, se asocia con un aumento significativo en la morbilidad, mortalidad y costos hospitalarios. Además, perpetúa desigualdades al afectar particularmente a grupos vulnerables como adultos mayores, población pediátrica, personas con enfermedades agudas o crónicas, aquellos con estancias hospitalarias prolongadas y comunidades marginadas.

La falta de estrategias integrales para la detección, prevención y tratamiento oportuno de la DRE tiene consecuencias graves y multidimensionales. Los pacientes afectados tienen 3,4 veces más probabilidades de fallecer, duplican su estancia hospitalaria y presentan un incremento del 30% en el costo promedio de hospitalización (1). Asimismo, se elevan los riesgos de complicaciones e infecciones asociadas a la atención médica. Estos efectos no solo comprometen la vida y bienestar de los pacientes, sino que también amenazan la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud y profundizan las inequidades.

Frente a esta realidad, la evidencia internacional es contundente. Organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (ESPEN), la Sociedad Americana de Nutrición Parenteral y Enteral (ASPEN) y la Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo (FELANPE), coinciden en que la atención nutricional debe ser un pilar esencial, indelegable y costo-efectivo dentro de cualquier sistema sanitario. Ignorar la DRE implica aceptar resultados clínicos subóptimos, gastos innecesarios y la vulneración sistemática del derecho a la salud.

En México, pese a los esfuerzos comunitarios e intersectoriales para prevenir la desnutrición, la DRE sigue siendo una problemática invisible en el entorno hospitalario. Esta invisibilidad limita el avance hacia sistemas de salud más eficientes, justos y de calidad, además de mantener barreras estructurales que perpetúan la exclusión y la inequidad.

**Ante este escenario, el Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional (CMNCTN) hace un llamado urgente a posicionar la atención nutricional como una prioridad en la agenda nacional de salud pública y política sanitaria. Propone hacerlo mediante siete ejes estratégicos fundamentales:**

● **1. Reconocer la atención nutricional como un derecho**

La nutrición clínica debe ser un derecho exigible y normado, no un servicio opcional. Integrarla en todos los niveles de atención es un mandato legal, ético y constitucional que combate inequidades y garantiza dignidad y recuperación para cada paciente, evitando que su acceso dependa de recursos disponibles o de la discrecionalidad del personal de salud.

● **2. Reconocer la nutrición clínica como una disciplina científica e interdisciplinaria**

La nutrición clínica es una disciplina científica con base en evidencia que exige trabajo interdisciplinario. Integrar legal y operativamente a profesionales de la salud especializados —en nutrición, medicina, enfermería, farmacia y otras áreas afines— optimiza recursos, mejora resultados y eleva el estándar de atención hospitalaria, asegurando un abordaje coordinado y de calidad.

● **3. Priorizar la atención nutricional en la política pública y normar su implementación efectiva**

Incorporar la nutrición clínica a la agenda nacional con marcos regulatorios claros, financiamiento asignado y personal certificado es una inversión costo-efectiva que salva vidas, reduce complicaciones y costos, y fortalece la equidad en salud, garantizando intervenciones homogéneas en todo el sistema.

● **4. Implementar la atención nutricional para mejorar resultados clínicos y la eficiencia institucional**

La terapia nutricional hospitalaria mejora la evolución del paciente, previene complicaciones y optimiza recursos. Implementarla como política sistemática y basada en evidencia es clave para un sistema de salud más sostenible, eficiente y justo, capaz de redirigir presupuesto a otras prioridades.

● **5. Garantizar atención nutricional segura, efectiva y de calidad en hospitales**

Estandarizar la atención nutricional con protocolos, certificación y auditoría garantiza seguridad, calidad y continuidad del cuidado, reduciendo errores, complicaciones y estancias prolongadas, y optimizando el gasto sanitario a través de modelos de mejora continua.

● **6. Profesionalizar y certificar al personal de salud en nutrición clínica, y fomentar la certificación de instituciones**

Formar y certificar equipos e instituciones en nutrición clínica eleva la calidad asistencial, reduce la variabilidad en la práctica y asegura que cada paciente reciba atención segura, efectiva y humanamente digna, sustentada en competencias técnicas, clínicas y éticas actualizadas.

● **7. Fortalecer el enfoque interdisciplinario y colaborativo en hospitales**

La desnutrición relacionada con la enfermedad requiere corresponsabilidad y colaboración entre disciplinas. Integrar protocolos y decisiones conjuntas transforma la atención nutricional en un eje central del proceso clínico, mejorando la recuperación de los pacientes, la eficiencia institucional y la continuidad del cuidado.

La evidencia demuestra que invertir en nutrición clínica es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir complicaciones, optimizar recursos y garantizar el derecho a una atención digna y de calidad para todas las personas. En línea con ello, se hace un llamado a la acción al gobierno de México, a la Secretaría de Salud, se convoca al poder legislativo, academia, organizaciones civiles y sector privado a sumar esfuerzos para que reconozcan e institucionalicen a la nutrición clínica como parte fundamental del modelo de atención hospitalaria en México.

Solo mediante este compromiso conjunto será posible construir un sistema de salud más equitativo, eficiente y humano, que garantice el bienestar y la dignidad de todas las personas.





## I. INTRODUCCIÓN

Diversos organismos internacionales —como la OMS, la FAO, el UNICEF, la FELANPE, la ESPEN y la ASPEN— reconocen que la atención nutricional es parte esencial del cuidado clínico y debe integrarse formalmente en los sistemas de salud. Sus recomendaciones respaldan la necesidad de marcos normativos, equipos capacitados y políticas públicas orientadas a garantizar el acceso equitativo, oportuno y seguro a la terapia nutricional.

La OMS enfatiza la importancia de intervenciones nutricionales eficaces para abordar la desnutrición clínica relacionada con la enfermedad (DRE), especialmente en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030. La organización promueve políticas globales y proporciona orientación basada en la evidencia para la implementación de estrategias nutricionales, incluyendo la promoción de dietas saludables y sistemas alimentarios sostenibles.

El Gobierno de México y la Secretaría de Salud se han alineado con los objetivos de la OMS en este respecto y han reconocido el papel del óptimo estado nutricional de la población para la procuración de su bienestar. Desde un enfoque de salud pública, la prevención de la desnutrición está siendo atendida a través del fortalecimiento del sistema de atención, y sobre todo de programas específicos que atienden a miembros de poblaciones vulnerables, promueven hábitos saludables y se implementan intersectorialmente. Sin embargo, los beneficios de la prevención no necesariamente se ven reflejados en el ámbito clínico hospitalario en el corto plazo. La DRE permanece como una condición invisible y causa subyacente de desenlaces clínicos subóptimos, ineficiencia en el uso de recursos y perpetuación de inequidades e injusticias estructurales en la atención en salud.

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es una condición clínica de alta prevalencia en hospitales de todo el mundo, particularmente en México, donde afecta entre el 30% y 50% de los pacientes hospitalizados. Esta condición suele estar subdiagnosticada, subregistrada y, en consecuencia, poco atendida. Su impacto negativo en la recuperación del paciente, en los costos institucionales y en la eficiencia del sistema de salud ha sido documentado por organismos nacionales e internacionales. Los pacientes con DRE tienen 3.4 veces más riesgo de fallecer, duplican su estancia hospitalaria y presentan un aumento del 30% en los costos de hospitalización, lo que compromete la sostenibilidad del sistema de salud y agrava las desigualdades (1).

En el país, a pesar de la existencia de guías clínicas, recomendaciones científicas y marcos éticos que respaldan la atención nutricional, esta aún no ha sido plenamente reconocida ni integrada como un componente de la práctica hospitalaria. La atención nutricional especializada ha dependido, en muchos casos, del compromiso individual de las personas profesionales de la salud o de los recursos disponibles en cada institución, lo cual genera una falta de cumplimiento de los principios bioéticos, una profunda inequidad, una variabilidad en la calidad del cuidado y un desperdicio de recursos clínicos y financieros.

El gobierno federal y sus dependencias han demostrado un profundo compromiso con el bienestar de la población. En materia de salud, esto se refleja en la priorización del fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) con foco en las personas miembros de grupos vulnerables: mujeres, niños y niñas, personas de la tercera edad y personas sin seguridad social. La visión estratégica de salud pública ha creado un momento sin precedentes en la atención de inequidades históricas que perpetúan las injusticias sociales que privan a las personas del ejercicio de sus derechos. En este contexto, la atención nutricional especializada tiene una posibilidad de convertirse en un pilar en la atención de personas con un diagnóstico, contribuyendo a su bienestar y el de sus comunidades, mejorando sus resultados en salud, optimizando la utilización de recursos en la atención, contribuyendo a un SNS más sostenible y privilegiando el ejercicio de sus derechos.

El presente documento de posicionamiento tiene como objetivo incidir en políticas institucionales y marcos normativos para que la nutrición clínica sea reconocida e integrada como un componente esencial en el sistema de salud. La propuesta se estructura en siete ejes prioritarios, contruidos a partir del consenso de expertos y se fundamenta en evidencia científica, principios éticos y experiencias internacionales exitosas.



## II. ANÁLISIS SITUACIONAL DE LA NUTRICIÓN CLÍNICA

A pesar de la creciente evidencia sobre la importancia de la atención nutricional en el contexto hospitalario, persisten diversas posturas que minimizan su relevancia dentro de la atención a la salud. Entre ellas, se argumenta que la nutrición clínica no es una prioridad sanitaria, cuyo impacto en los resultados clínicos es secundario o poco comprobado, y que su implementación genera costos adicionales innecesarios para las instituciones.

Algunas voces dentro del sector salud sostienen que los médicos pueden asumir plenamente las decisiones relacionadas con el estado nutricional del paciente, sin necesidad de equipos interdisciplinarios o estructuras especializadas. También se ha señalado que la creación de normativas, certificaciones y programas específicos para la nutrición clínica burocratiza la atención, desvía recursos y complica los procesos operativos en hospitales con limitaciones estructurales.

Estos puntos de vista se apoyan en la falta de indicadores clínicos visibles vinculados directamente a la intervención nutricional en algunas instituciones, así como en la escasez de personal capacitado, la ausencia de regulación clara y la limitada inversión en recursos humanos y materiales para terapia nutricional. Además, la desnutrición hospitalaria ha sido por años una condición poco registrada y, por tanto, difícil de cuantificar a nivel nacional.

En contextos de alta presión asistencial y limitaciones presupuestarias, se considera que priorizar la nutrición puede competir con otras áreas clínicas como urgencias, oncología, cuidados intensivos o enfermedades crónicas, lo que ha generado resistencia en su institucionalización. Estas posturas ignoran la evidencia científica y económica acumulada en las últimas décadas, la cual ha sido publicada en diversos estudios que han demostrado que la atención nutricional adecuada reduce la incidencia de complicaciones, la duración de la estancia hospitalaria, las tasas de reingreso y la mortalidad en pacientes con enfermedades crónicas, agudas y críticas.

## III. ARGUMENTO

La intervención nutricional oportuna es una inversión en salud costo-efectiva que mejora los desenlaces clínicos y reduce el uso de recursos en el mediano y largo plazo. La OMS, FELANPE, ESPEN, ASPEN y organismos nacionales como la Secretaría de Salud y el CMNCTN han reconocido la atención nutricional como parte esencial del cuidado clínico.

Las guías mexicanas de práctica clínica, las Declaraciones de Cancún, Cartagena y Viena, así como las experiencias internacionales en Brasil, Chile, Costa Rica, Estados Unidos y países europeos respaldan la necesidad de establecer estructuras normativas, mecanismos de certificación y programas de formación continua en nutrición clínica.

Diversos estudios han cuantificado los beneficios clínicos y económicos de la terapia nutricional oportuna, y han señalado que la omisión sistemática de la atención nutricional es, en sí misma, una forma de daño institucional que vulnera la calidad, la seguridad y la dignidad del paciente.

Además, se ha demostrado que los equipos interdisciplinarios formalmente integrados ofrecen mejores resultados que las intervenciones uniprofesionales, al garantizar un abordaje coordinado, basado en lineamientos y con objetivos compartidos.

Por ello, el posicionamiento aquí presentado se fundamenta no sólo en principios técnicos y científicos, sino en un compromiso ético con la equidad, la efectividad y el derecho a la salud.

Los siete ejes que conforman esta sección representan la postura técnica, clínica y ética del CMNCTN en relación con la DRE y la nutrición clínica. Cada eje refleja un componente esencial para transformar la atención nutricional en hospitales públicos y privados, desde una perspectiva estructural, interdisciplinaria, costo-efectiva y centrada en la calidad y equidad del cuidado.

### Eje 1. Reconocer la atención nutricional como derecho

El sistema de salud debe reconocer la atención nutricional a las personas enfermas como un derecho, garantizando su ejercicio mediante el acceso equitativo, digno y continuo en todos los niveles de atención. Este reconocimiento se fundamenta en principios constitucionales, bioéticos y de derechos humanos que obligan al Estado mexicano a garantizar la protección de la salud (2,3,4,5,6,7).

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25 establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, entre otros aspectos, la salud y el bienestar, incluidos la alimentación y el cuidado médico (3). Asimismo, el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el derecho a la protección de la salud, lo cual incluye, de forma implícita, la obligación del Estado de brindar atención nutricional oportuna, segura y efectiva como parte del tratamiento integral de los pacientes, lo cual ha sido complementado con las declaraciones de Cancún, Cartagena y Viena (4,7,8,9).

En la práctica clínica, sin embargo, la nutrición suele ser vista como un servicio complementario o secundario, lo cual vulnera este derecho. La Organización Mundial de la Salud (OMS) enfatiza la importancia de intervenciones nutricionales eficaces para abordar la desnutrición clínica relacionada con la enfermedad (DRE), especialmente en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030 (3,10). Esta omisión institucional profundiza la inequidad en salud, ya que solo algunos pacientes reciben atención nutricional adecuada dependiendo del hospital, los recursos disponibles o la voluntad del equipo médico. Esto representa una forma de injusticia sistemática en la atención en salud que contradice los principios de equidad y dignidad en la atención sanitaria (11).

En este sentido, se requiere que las instituciones de salud reconozcan y aseguren el acceso a la atención nutricional como parte de su obligación legal y ética, incluyendo su provisión oportuna, su registro clínico y la rendición de cuentas sobre su calidad (5,6,12). La desnutrición relacionada con la enfermedad como causa y efecto, al igual que cualquier otra complicación prevenible, debe ser identificada y tratada como parte del estándar de calidad asistencial (2).

No garantizar este derecho equivale a negar un componente esencial de la recuperación del paciente. Por tanto, la nutrición clínica debe dejar de ser una práctica discrecional o marginal y consolidarse como un derecho sanitario plenamente exigible, normado y monitoreado en el marco del sistema nacional de salud (5,6).

### Eje 2. Reconocer la nutrición clínica como disciplina científica e interdisciplinaria

El Estado mexicano debe reconocer a la nutrición clínica como una disciplina científica e interdisciplinaria, dedicada a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los cambios nutricionales y metabólicos relacionados con enfermedades. Esta rama del conocimiento está sustentada en la mejor evidencia disponible y requiere la colaboración efectiva de profesionales de distintas áreas para garantizar una atención integral y de calidad (13,14,15).

La práctica clínica basada en evidencia demanda la conformación de equipos interdisciplinarios, integrados por profesionales de la salud especializados en nutrición, medicina, enfermería y farmacia, e idealmente integrando también disciplinas como fonoaudiología, terapia física, psicología y trabajo social; entre otras disciplinas relacionadas con la actividad nutricional. Este enfoque está ampliamente respaldado por sociedades científicas y declaraciones internacionales, como la Declaración de Cartagena, cuyo Principio #4 establece que el enfoque interdisciplinario ha sido “esencial para poner en práctica los adelantos médicos y científicos” en la terapia nutricional (16,14).

La evidencia demuestra que los equipos interdisciplinarios logran mejores resultados clínicos en pacientes con patología aguda y/o crónica asociada a desnutrición (13,14). Su implementación se asocia con mejoras en la calidad, seguridad y eficiencia de la atención nutricional, al permitir protocolos adaptados al contexto de cada paciente, optimizando recursos y acceso a insumos clave (16).

Por lo tanto, resulta prioritario que el Estado mexicano, en concordancia con sus obligaciones constitucionales y compromisos internacionales en materia de salud, garantice la integración efectiva de este enfoque interdisciplinario de la nutrición clínica dentro de los marcos normativos, formativos y organizacionales del sistema nacional de salud, conforme al Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, ‘Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria’ (17).

### **Eje 3. Priorizar la atención nutricional en la política pública y normar su implementación efectiva**

El gobierno, en todos sus niveles, debe priorizar las intervenciones clínicas de atención de la DRE en la agenda de política pública. Esto implica incorporarlas como una estrategia integral, con normativas claras, financiamiento definido y equipos con personal certificado en nutrición clínica o terapia nutricional especializada, para garantizar una implementación efectiva y homogénea en todas las instituciones de salud (18,19,20,21,22).

La evidencia nacional e internacional es clara: la DRE es un problema prevalente, subdiagnosticado y asociado a mayores tasas de morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria y costos (18,23,24).

Su abordaje actual en muchos entornos es fragmentado y reactivo, lo que refleja la ausencia de marcos regulatorios, responsabilidades definidas y políticas públicas específicas (25,26). Cuando la atención nutricional se deja sin estructura ni supervisión, las intervenciones se vuelven inconsistentes, poco efectivas y derrochadoras de recursos (27).

Por el contrario, los países y sistemas que han adoptado enfoques estructurados, interdisciplinarios y normados han demostrado mejoras sustanciales en calidad de atención, reducción de complicaciones y ahorro en costos evitables. Organizaciones internacionales como ASPEN y ESPEN recomiendan el tamizaje sistemático, el diagnóstico oportuno y la intervención especializada, todo lo cual solo es viable si existe personal competente, procesos normados y un entorno institucional que priorice esta dimensión del cuidado clínico (23,28,29).

Estos organismos coinciden en que la atención nutricional debe ser parte integral del sistema de salud, como medida costo-efectiva, ética y estratégica para mejorar la calidad del cuidado, reducir la mortalidad asociada a la DRE y fortalecer la equidad (18). Sus directrices promueven el tamizaje nutricional sistemático, el diagnóstico oportuno, la capacitación continua del personal y la implementación de equipos interdisciplinarios formalmente integrados (30).

El impacto económico y en salud pública de no atender adecuadamente la DRE es alto. La falta de acción conlleva una pérdida directa en salud, compromete la eficiencia del sistema y mantiene brechas de atención. Por ello, es indispensable que los programas y presupuestos gubernamentales reconozcan la atención nutricional clínica como una inversión costo-efectiva a largo plazo, y no como un gasto adicional (31).

En suma, la acción decidida del gobierno es clave para cerrar el rezago en el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad. Es necesario contar con políticas públicas específicas, financiamiento asignado, instrumentos normativos claros y actualizados, y equipos profesionales competentes, para que todas las instituciones de salud puedan implementar de manera homogénea y efectiva una atención nutricional de calidad (32).

### **Eje 4. Implementar la atención nutricional como estrategia para mejorar resultados clínicos y eficiencia institucional**

La atención de la desnutrición relacionada con la enfermedad debe implementarse como una estrategia que optimiza la evolución clínica, previene complicaciones, mejora el resultado de la desnutrición de los pacientes y la eficiencia en el uso de los recursos, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema de salud. La terapia nutricional no sustituye el manejo clínico establecido; una amplia gama de evidencia demuestra que las acciones destinadas a tamizar, evaluar, diagnosticar, prevenir y tratar la desnutrición hospitalaria mejoran de forma significativa la evolución clínica del paciente (34). Estas intervenciones reducen la incidencia de complicaciones asociadas a la enfermedad de base, disminuyen la mortalidad en determinados grupos y reducen el costo de atención hospitalaria, permitiendo al sistema redirigir presupuesto hacia otras prioridades sanitarias (35).

Existe experiencia documentada en cuanto a las ventajas de implementar una terapia nutricional en el paciente hospitalizado, mejorando su evolución general y disminuyendo complicaciones asociadas a la enfermedad de base relacionada con la desnutrición (36). Diferentes guías nacionales e internacionales han demostrado que la atención nutricional ha mejorado la evolución de los pacientes que requieren dicha terapia. La Guía de Práctica Clínica para la Desnutrición Intrahospitalaria (33), así como las guías de FELANPE (36), ASPEN (34) y ESPEN (35), avalan la implementación de intervenciones nutricionales sistematizadas como componente esencial de una atención de calidad.

En este sentido, el manejo nutricional integral en el ámbito hospitalario no es opcional, sino obligatorio para garantizar la mejor atención posible a los pacientes con desnutrición, disminuir complicaciones prevenibles y contribuir a un sistema de salud más eficiente, equitativo y sostenible (37).

### **Eje 5. Garantizar atención nutricional segura, efectiva y de calidad en hospitales.**

Las instituciones de salud deben garantizar que la atención nutricional hospitalaria se base en intervenciones diagnósticas y terapéuticas estandarizadas, oportunas y seguras, alineadas con principios bioéticos y sustentadas en la mejor evidencia disponible. Esto es esencial para asegurar la calidad, seguridad y bienestar del paciente en todos los niveles de atención (38,39,40).

Actualmente, existe una importante variabilidad en la práctica clínica nutricional dentro del entorno hospitalario, lo que compromete la seguridad del paciente, la efectividad terapéutica y la eficiencia en el uso de recursos (41). La atención nutricional aún no se encuentra, en muchos casos, bajo la responsabilidad de equipos interdisciplinarios certificados, lo que da lugar a decisiones clínicas desarticuladas, estrategias inadecuadas, errores evitables y un aprovechamiento subóptimo de los recursos disponibles (42).

Ante esta situación, es necesario establecer estándares técnicos y operativos que aseguren que la atención nutricional sea centrada en el paciente y basada en evidencia. Esto implica la creación de equipos formales de nutrición clínica con roles definidos, auditorías internas y sistemas de evaluación mediante indicadores de calidad clínica, eficiencia y seguridad (43).

La evidencia internacional, como los modelos de acreditación hospitalaria aplicados en Brasil, demuestra que contar con equipos acreditados en terapia nutricional mejora los resultados clínicos, reduce eventos adversos y optimiza la asignación de recursos (38,42). Además, fomenta la mejora continua, promueve la capacitación constante del personal y garantiza la continuidad y trazabilidad del cuidado nutricional (44).

Marcos normativos nacionales e internacionales, así como sistemas hospitalarios, recomiendan la certificación y formación profesional de estos equipos como una estrategia esencial para enfrentar la desnutrición y otras alteraciones nutricionales (45). Esta orientación hacia una atención integral y de alta calidad se traduce en modelos de atención personalizados, realistas y sistematizados, con beneficios comprobados tanto para los pacientes (mejor recuperación y calidad de vida) como para el sistema de salud (mayor eficiencia en el uso de recursos, reducción de la morbilidad y hospitalizaciones prolongadas) (14).

Por tanto, es indispensable implementar un Programa Nacional de Certificación para la atención nutricional hospitalaria, que defina estándares mínimos de estructura, proceso y resultado, y que permita evaluar y fortalecer la atención brindada (46). Esta certificación deberá estar acompañada por modelos de gestión que incluyan protocolos clínicos y políticas hospitalarias, programas de formación continua y sistemas de monitoreo por indicadores que midan parámetros de calidad en la atención hospitalaria (44).

La adopción de este enfoque permitirá estandarizar la práctica clínica, prevenir complicaciones y mejorar los desenlaces en salud, promoviendo así un sistema más sustentable y justo (47).

### **Eje 6. Profesionalizar y certificar al personal de salud en nutrición clínica, así como fomentar la normatividad para la certificación de instituciones en la misma disciplina.**

El sistema de salud, en colaboración con las instituciones académicas, debe promover programas de formación continua, profesionalización y certificación del personal de salud y de instituciones de salud, con el fin de garantizar competencias técnicas, clínicas y éticas que permitan ofrecer atención nutricional segura, efectiva y de alta calidad a los pacientes con desnutrición relacionada con la enfermedad (48,49,50).

En la actualidad, existe una gran variabilidad en la forma en que se atiende la nutrición clínica en los hospitales, sin cuantificación de resultados ni su impacto. Esta situación se relaciona con la falta de personal debidamente capacitado y con la ausencia de equipos interdisciplinarios formalmente establecidos y acreditados en la mayoría de las unidades médicas del país (51). Como consecuencia, las indicaciones nutricionales recaen en una sola persona y deben adaptarse a los recursos limitados de cada institución, lo que compromete la calidad, seguridad y efectividad de la atención.

La educación y capacitación adecuadas del personal permiten disminuir complicaciones, particularmente aquellas asociadas a la nutrición clínica, y promueven la actualización constante en un campo en evolución (52). La falta de preparación, por el contrario, puede incrementar los riesgos clínicos, la mortalidad, la estancia hospitalaria y los costos institucionales (53).

Además de la formación académica formal, es indispensable establecer mecanismos de certificación periódica de las competencias clínicas, técnicas, éticas y colaborativas tanto individuales como de los equipos de atención (54). La certificación promueve la estandarización de las prácticas, mejora la seguridad del paciente, facilita la colaboración efectiva entre disciplinas y demuestra un compromiso con la calidad asistencial. También representa una herramienta clave para evaluar y elevar el estándar profesional (55).

La formación profesional continua ya se imparte a través de programas de posgrado en nutrición, medicina, enfermería intensiva y farmacia, lo que permite fortalecer la integración efectiva de los equipos de terapia nutricional (56). Sin embargo, se requiere un esfuerzo institucional coordinado para que esta capacitación no dependa de la iniciativa individual, sino que forme parte estructural del sistema (48).

Actualmente, México no cuenta con un organismo certificador que reconozca y valide las competencias de los equipos interdisciplinarios de terapia nutricional, debido a que los consejos y colegios profesionales sólo acreditan a los integrantes por separado, y no al equipo como unidad funcional. Por ello, es urgente que se reconozca esta práctica como una especialidad en sí misma, y que se desarrolle un organismo certificador nacional, con criterios consensuados, multisectoriales, interdisciplinarios y basados en evidencia (49).

Para lograrlo, se propone que el sistema de salud y las instituciones académicas unan esfuerzos para impulsar la formación formal y continua en nutrición clínica, así como para crear o designar un organismo responsable de la certificación de competencias de los equipos de salud dedicados a esta área. Esta estrategia permitirá elevar los estándares de atención nutricional, reducir la variabilidad, profesionalizar la práctica y asegurar que todos los pacientes reciban una atención segura, eficiente y humanamente digna (52).

### **Eje 7. Fortalecer el enfoque interdisciplinario, corresponsable y colaborativo en hospitales.**

Los equipos de salud deben adoptar un enfoque interdisciplinario, colaborativo, coordinado y corresponsable para integrar la atención de la DRE como parte del proceso clínico habitual, fortaleciendo la continuidad del cuidado y los resultados en salud (57,58).

Erróneamente se sostiene que la evidencia sobre el impacto real de los equipos interdisciplinarios en los resultados clínicos aún es limitada o débil, y que su implementación es compleja debido a la falta de tiempo, personal, recursos o protocolos institucionales adecuados (59). Se argumenta que existe desigualdad en la participación de los integrantes del equipo, que las decisiones clínicas no siempre son compartidas, y que los profesionales de la salud carecen de formación en nutrición clínica (60).

No obstante, estas observaciones no invalidan el enfoque, sino que apuntan a los retos en su implementación. Los consensos internacionales respaldan ampliamente que el modelo interdisciplinario es la estrategia más efectiva para abordar la desnutrición relacionada con la enfermedad (61). En México, la Secretaría de Salud reconoce formalmente la importancia del trabajo interdisciplinario (62,63).

La atención nutricional requiere corresponsabilidad entre disciplinas, protocolos compartidos y una integración sistémica que haga de la nutrición una parte habitual del proceso clínico, con beneficios directos en la recuperación de los pacientes y en la eficiencia institucional (64).

En conjunto, estos siete ejes trazan una hoja de ruta técnica y operativa para garantizar que la atención nutricional deje de ser una acción periférica y se convierta en un componente estructurado, obligatorio y medible dentro del sistema nacional de salud en beneficio del paciente.

Adoptar esta postura institucional implica un compromiso real con la calidad de la atención, la eficiencia del gasto público, la formación de recursos humanos competentes y el respeto a la dignidad de las personas (64).



#### IV. CONCLUSIÓN

La DRE continúa siendo una condición desatendida en gran parte del sistema de salud mexicano. Esta omisión genera un impacto clínico negativo para los pacientes y una carga económica para las instituciones de salud. Frente a esta realidad, el presente documento reafirma que la nutrición clínica debe reconocerse como una disciplina esencial, estructurada e interdisciplinaria, con implicaciones directas en la calidad, seguridad, efectividad y equidad de la atención médica.

La falta de atención nutricional oportuna perpetúa la inequidad en el sistema de salud, afectando de forma desproporcionada a los sectores más vulnerables, como población pediátrica, adultos mayores y pacientes con enfermedades agudas y crónicas hospitalizados por largos periodos y personas de comunidades marginadas.

Los siete ejes presentados recogen de forma integral la posición institucional del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional, y ofrecen un marco técnico, ético y operativo para transformar la atención nutricional hospitalaria en México. Esta transformación requiere acción política, normativa y presupuestal desde el Estado, así como compromiso académico, clínico y profesional por parte de todas las instituciones involucradas.

La evidencia es clara: la nutrición clínica como derecho de las personas salva vidas, mejora resultados y hace más eficiente el sistema de salud.

#### Con base en lo anterior, se hace un llamado a:

1. Reconocer formalmente la nutrición clínica como una disciplina científica e interdisciplinaria y a la atención nutricional como parte del derecho a la salud en todos los niveles de atención.
2. Establecer un marco normativo nacional que regule la atención nutricional hospitalaria, incluyendo tamizaje, evaluación, diagnóstico e intervención.

3. Crear un organismo certificador nacional para acreditar competencias de los equipos de atención nutricional como unidad funcional.
4. Asignar presupuesto específico para implementar de manera efectiva estas acciones en el marco de la agenda pública en salud.
5. Integrar equipos interdisciplinarios de nutrición clínica en las instituciones de salud, con roles definidos y apoyo operativo.
6. Promover formación continua y profesionalización a través de alianzas entre instituciones de salud, organismos académicos y sociedades científicas.
7. Monitorear resultados clínicos, económicos y operativos relacionados con la atención nutricional, como parte de una política de mejora continua.

La DRE debe dejar de ser invisible. Integrar la nutrición clínica en el modelo de atención hospitalaria es un paso fundamental en el camino a garantizar salud universal, equitativa y de calidad a la población. Es un acto de gran impacto en la salud y bienestar de la población, eficiencia sanitaria y respeto a los derechos fundamentales de las personas.



# V. Referencias

## Resumen Ejecutivo

1. World Health Organization European Region. Disease-related malnutrition: a time for action. ESPEN - The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism; 2023. Document number: WHO/EURO:2023-8931-48703-72392. Disponible bajo licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Eje 1

2. Arellano-Esparza C. Seguridad alimentaria y política pública: un desafío civilizatorio. *Rev Aliment Cont Des Reg*. 2022;32(59):1-28. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
3. Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. París, Francia. 10 de diciembre 1948. Disponible en: <https://digitallibrary.un.org/record/666853>
4. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ciudad de México, México. Última reforma 15 abril 2025. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
5. Cárdenas D. Nutrición clínica y el enfoque basado en derechos humanos. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(supl 1):49-55. Disponible en: <https://revistanutricionclinicametabolismo.org/index.php/nutricionclinicametabolismo/article/view/43/57>
6. Hincapié J, Medina M. Bioética: teoría y principios. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
7. Castillo J, Figueredo R, Dugloszewski C, Díaz J, Spolidoro N, Matos A, et al. Declaración de Cancún: declaración internacional de Cancún sobre el derecho a la nutrición en los hospitales. *Nutr Hosp*. 2008;23(5):413-7.
8. Pinzón O, Barrera M, González J. Planificación estratégica y modelos de gestión en nutrición clínica. *Arch Med*. 2019;14(5):1-6.
9. Cárdenas D, Bermúdez Ch, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. Declaración de Cartagena: Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2(2).
10. World Health Organization (OMS). Objetivos de Desarrollo Sostenible y Agenda 2030.
11. Pinzón O, Barrera M, Moreno G. Desnutrición hospitalaria: desafíos éticos y sociales. *Rev Salud Pública*. Año desconocido.
12. Cárdenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodríguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical nutrition and human rights. *Clin Nutr*. 2021;40(6):4029-36.

## Eje 2

13. Grupo internacional de trabajo por el derecho al cuidado nutricional de los pacientes. *Rev Nutr Clin Metab*. 2021;4(supl1):114-115. doi:10.35454/rncm.v4supl1.343
14. Cárdenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodríguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical nutrition and human rights. *Clin Nutr*. 2021;40(6):4029-36.
15. Suplemento Volumen 2: DECLARACIÓN DE CARTAGENA. Declaración Internacional sobre el Derecho al Cuidado Nutricional y la Lucha contra la Malnutrición. *Rev Nutr Clin Metab*. 2019;2 Suppl. doi:10.35454/rncm.v2nSup
16. Martínez Olmos MA, Martínez Vázquez MJ, Montero Hernández M, Siquier Homar P, Valdeuza Beneitez J, Morales Gorriá MJ, et al. Evaluación de la actividad asistencial de un equipo multidisciplinario de soporte nutricional en el seguimiento de la nutrición parenteral total. *Nutr Hosp*. 2006;21(1):57-63.
17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Diario Oficial de la Federación. 2013 Ene 22. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/138258/NOM-043-servicios-basicos-salud-educacion-alimentaria.pdf>



### Eje 3

18. Cárdenas D, et al. Nutritional care is a human right: Translating principles. *Nutr Clin Pract*.
19. Institute of Medicine (US). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press; 2001.
20. Kris-Etherton P, Akabas S, Bales C, Bistrian B, et al. The need to advance nutrition education in the training of health care professionals and recommended research to evaluate implementation and effectiveness. *Am J Clin Nutr*. 2014;99(Suppl):S1153-66. doi:10.3945/ajcn.113.073502
21. National Alliance for Infusion Therapy and the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Public Policy Committee and Board of Directors. Disease-Related Malnutrition and Enteral Nutrition Therapy: A Significant Problem With a Cost-Effective Solution. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(5).
22. Ukleja A, et al. Standards for Nutrition Support: Adult Hospitalized Patients. *Nutr Clin Pract*. 2018;33(6):906-920.
23. Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr*. 2017;36(1):49-64.
24. Schuetz P, Seres D, Lobo DN, et al. Manejo de la desnutrición relacionada con enfermedades en pacientes tratados en el hospital. *Lancet*. 2021;398(10314):1927-38.
25. Hiesmayr M, Tarantino S, Moick S, et al. Desnutrición hospitalaria: Un llamado a la acción política. *J Clin Med*. 2019;8(12):2048.
26. Mattavelli E, Verduci E, Mascheroni A, et al. Multidisciplinary approach to nutrition in hospitalized patients: A pragmatic guidance. *Nutrients*. 2025;17(9):1472. doi:10.3390/nu17091472
27. Cárdenas D, Davisson Correia MIT, Hardy G, et al. El cuidado nutricional es un derecho humano: traducir los principios a la práctica clínica. *Nutr Clin Pract*. 2022;37(4):743-751. doi:10.1002/ncp.10864
28. ASPEN, Academy of Nutrition and Dietetics, Avalere Health. Malnutrition Quality Improvement Initiative (MQii) Toolkit. 2021. Disponible en: <https://www.mqii.today/>
29. Correia MI, et al. Addressing Disease-Related Malnutrition in Healthcare. *J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(3):319-25.
30. Tucker A, et al. Standards of Practice for Nutrition Support Pharmacists. *Nutr Clin Pract*. 2015;30(1):139-146.
31. Ramirez É. Dinero y Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.am.com.mx/2016/06/25/opinion/dinero-y-salud-294028>
32. National Alliance for Infusion Therapy and ASPEN Public Policy Committee. Disease-Related Malnutrition and Enteral Nutrition Therapy. *Nutr Clin Pract*. 2010;25(5).

### Eje 4

33. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Desnutrición Intrahospitalaria: Tamizaje, diagnóstico y tratamiento. México; 2013. Disponible en: <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-641-13/ER.pdf>
34. Mueller CM, Compher C, Ellen DM, ASPEN Board of Directors. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines. *J Parenter Enteral Nutr*. 2011;35(1):16-24.
35. Thibault R, Abbasoglu O, Ioannou E, et al. ESPEN guideline on hospital nutrition. *Clin Nutr*. 2021;40(12):5684-5709. doi:10.1016/j.clnu.2021.09.039
36. Díaz-Pizarro GJI, Kumpf VJ, Aguilar-Nascimento JE, et al. Guías Clínicas ASPEN-FELANPE: Terapia Nutricional en Pacientes Adultos con Fístulas Enterocutáneas. *Nutr Hosp*. 2020;37:875-885. doi:10.20960/nh.03116
37. Correia MI, et al. Addressing Disease-Related Malnutrition in Healthcare. *J Parenter Enteral Nutr*. 2016;40(3):319-25.

## Eje 5

38. Van den Berghe G. Interfering with neuroendocrine and metabolic responses to critical illness: From acute to long-term consequences. *Clin Nutr.* 2017;36(2):348-54. doi:10.1016/j.clnu.2016.10.011
39. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. *Am J Bioeth.* 2019;19(11):9-12. doi:10.1080/15265161.2019.1665402
40. Brett AS, McCullough LB. Addressing requests by patients for nonbeneficial interventions. *JAMA.* 2012;307(2):149-50. doi:10.1001/jama.2011.1999
41. Castillo Pineda JC, et al. Declaración de Cancún: Declaración Internacional sobre el Derecho a la Nutrición en los Hospitales. *Nutr Hosp.* 2008;23(5):413-7.
42. Tappenden K, Quatrara B. Critical role of nutrition in improving quality of care. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2013;37(4):482-97. doi:10.1177/0148607113484066
43. Institute of Medicine (US). Crossing the Quality Chasm. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
44. Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for health professions. *Kennedy Inst Ethics J.* 1995;5:253-77. doi:10.1353/ken.0.0044
45. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Diario Oficial de la Federación. 2013 Ene 22.
46. Porter ME. Value-based health care delivery: Core concepts. *NEJM Catalyst.* 2020. Disponible en: <http://www.isc.hbs.edu/Documents/pdf/2020-intro-vbhc-porter.pdf>
47. Kris-Etherton P, et al. Need to advance nutrition education in health care professionals. *Am J Clin Nutr.* 2014;99(Suppl):S1153-66. doi:10.3945/ajcn.113.073502

## Eje 6

48. Berlanda D. Parenteral nutrition overview. *Nutrients.* 2022;14(22):4480. doi:10.3390/nu14214480
49. Mueller CM, Compher C, Ellen DM. A.S.P.E.N. Clinical Guidelines: Nutrition Screening, Assessment, and Intervention in Adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011;35(1):16-24.
50. Barazzoni R, Bischoff SC, Krznaric Z, et al. ESPEN expert statements for nutritional management of SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr.* 2020;39(6):1631-8. doi:10.1016/j.clnu.2020.03.022
51. Echeverri S, Vergara A, Patiño JF. Estandarización de la atención al paciente con soporte metabólico y nutricional. *Actual Enferm.* 2009;12(4):25-30.
52. Kozeniecki M, Fritzshall R. Enteral nutrition for critically ill patients: literature review. *Nutr Clin Pract.* 2015;30(5):578-90. doi:10.1177/0884533615593003
53. Boullata JL, Gilbert K, Sacks GS, et al. A.S.P.E.N. clinical guidelines for parenteral/enteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2009;33(5):472-500. doi:10.1177/0148607109335234
54. Singer P, Blaser AR, Berger MM, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in ICU. *Clin Nutr.* 2019;38(1):48-79. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.037
55. Lord L, Gale J. Subjective experience of multidisciplinary team working in the NHS. *J Interprof Care.* 2014;28(4):331-6. doi:10.3109/13561820.2014.905668
56. Mistiaen P, Van den Heede K. Nutrition Support Teams: Systematic Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2020;44(6):1021-37. doi:10.1002/jpen.1811

## Eje 7

57. Cass AR, Charlton KE. Prevalence of hospital-acquired malnutrition and modifiable determinants. *J Hum Nutr Diet.* 2022;35(5):1043-58. doi:10.1111/jhn.13009
58. Compher C, et al. Barriers to Nutrition Care in Hospitalized Patients: ASPEN Survey. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2021;45(4):666-74. doi:10.1002/jpen.1903
59. Launholt TL, Larsen P, Aadal L, Kristensen HK. Barriers and facilitators in nutrition interventions for older adults: scoping review. *Nutr Clin Pract.* 2025;5(1):1-46. doi:10.1002/ncp.11293
60. Mogre V, Stevens FCJ, Aryee PA, Scherpbier AJJA. Why nutrition education is inadequate in medical curriculum: students' perspectives. *BMC Med Educ.* 2018;18:175. doi:10.1186/s12909-018-1130-5
61. Mistiaen P, Van den Heede K. Nutrition Support Teams: A Systematic Review. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2020;44(6):1021-37. doi:10.1002/jpen.1811
62. World Health Organization. Integrated care for older people: realigning primary health care. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>
63. World Health Organization. The double burden of malnutrition: policy brief. Geneva: WHO; 2017. WHO/NMH/NHD/17.3.
64. Guenter P, Phillips W, et al. Malnutrition diagnoses and outcomes in hospitalized US patients. *Nutr Clin Pract.* 2021;36(5):957-969. doi:10.1002/ncp.10771



Colegio Mexicano  
De Nutrición Clínica Y  
Terapia Nutricional A.C.



# **La nutrición clínica como política de salud en México:**

**Posicionamiento del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional (CMNCTN) en conjunto con la Academia Nacional de Medicina de México (ANMM).**



**ANEXO**  
Memorias de las  
presentaciones

## **Antecedentes de la nutrición clínica en México**

### **Dr. Juan Carlos Castillo Pineda**

La historia de la Nutrición Clínica es muy antigua, con registros en la medicina China, el antiguo Egipto y el Corpus Hippocraticum griego (Siglo IV a.C.), donde se describía la dieta en la salud y la enfermedad. Hipócrates destacó la acción terapéutica de los alimentos y describió clínicamente la desnutrición, mientras que Galeno, en el 176 d.C., detalló el marasmo. Sin embargo, durante siglos la desnutrición, prevalente entre los pobres, fue a menudo ignorada.

El interés resurgió en el siglo XVII con el descubrimiento de la circulación sanguínea por Harvey y las primeras infusiones endovenosas en animales. Experimentos posteriores, como los de Claude Bernard con soluciones de azúcar (1843), y los avances en asepsia de Lister y Pasteur, permitieron el desarrollo de la cirugía y una mejor evolución de los pacientes. A principios del siglo XX se realizaron las primeras infusiones de glucosa y se descubrieron las vitaminas, intentándose ya la infusión de glucosa, grasas e hidrolizados de proteínas.

Un hito clave fue el trabajo de Sir David Cuthbertson sobre la respuesta catabólica al trauma en 1932, que permitió comprender los cambios metabólicos del paciente crítico. Esto impulsó la creación de soluciones de aminoácidos y emulsiones lipídicas. El problema era la administración por vía periférica, que requería grandes volúmenes. La solución llegó en 1952 con la venopunción subclavia de Aubaniac, un acceso central que culminó en 1966 cuando el equipo del Dr. Stanley Dudrick demostró que la nutrición parenteral a largo plazo era posible y segura, marcando el inicio de la terapia nutricional especializada moderna.

En México, el estudio de la desnutrición comenzó con publicaciones de Hinojosa (1865) y Correa (1908). Sin embargo, fue el Dr. Salvador Zubirán quien, a su regreso al país, inició el estudio formal de sus repercusiones sistémicas y fundó el Instituto Nacional de Nutrición, sentando las bases de la Nutrición Clínica moderna.

Inspirados por los trabajos de Dudrick, a inicios de los 70, el Dr. Luis Ize Lamache en el IMSS inició la aplicación de la nutrición parenteral en pacientes quirúrgicos, seguido por el primer reporte pediátrico y el trabajo del Dr. Alberto Villazón en el Hospital Español. Un curso dictado por el Dr. Ize en 1976 motivó al Dr. Humberto Arenas, quien se convirtió en uno de los líderes más importantes de México y Latinoamérica, extendiendo este método terapéutico a los principales hospitales del país.

El creciente interés de médicos, nutriólogos, enfermeras y farmacéuticos llevó a la creación en 1989 de la Asociación Mexicana de Alimentación Enteral y Endovenosa (AMAEE), la primera multidisciplinaria en su tipo. La AMAEE fue cofundadora de la Federación Latinoamericana (FELANPE) y líder en iniciativas como la Declaración de Cancún 2008, que defiende el derecho a una terapia nutricional óptima. En 2016, la AMAEE se transformó en el Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional, consolidándose como la organización líder en la materia en México.

## **Importancia de la Nutrición Clínica y el CMNCTN como Factor de Cambio**

**Dra. Olga Gómez Santa María**

La nutrición clínica aplica conocimiento científico sobre nutrición humana a la prevención, diagnóstico y manejo de cambios nutricionales y metabólicos vinculados a enfermedades agudas y crónicas por déficit o exceso de energía y nutrientes, integrando medicina y nutrición. Los hospitales enfrentan un doble reto: pacientes que ingresan ya con deficiencias y pacientes que las desarrollan durante la estancia. La OMS estima que hasta un tercio de los ingresados presenta déficit o riesgo, y uno de cada diez lo adquiere en el hospital. Entre 30 % y 50 % de los hospitalizados tiene alteraciones nutricionales, lo que aumenta complicaciones, inmunosupresión, mala cicatrización y mortalidad. Negar el cuidado nutricional oportuno es una falta ética y deja incompleto el tratamiento.

El soporte nutricional adecuado reduce mortalidad, complicaciones infecciosas, estancia y reingresos, siendo intervención costo-efectiva y optimizadora de recursos. Sin embargo, persisten brechas: ausencia de tamizaje universal, recursos limitados, falta de cultura institucional y baja priorización. Datos como Nutrition Day muestran subregistro: menor proporción de pacientes pesados al ingreso en México (42 % frente a 54 % internacional), solo un tercio informado sobre su estado y menos del 38 % con atención nutricional. El problema no es la evidencia, sino la falta de integración sistémica.

Las acciones clave incluyen definir funciones según perfil profesional, implementar trabajo interdisciplinario, capacitar al personal en detección temprana, optimizar expedientes electrónicos para comunicación, realizar auditorías internas y establecer indicadores de calidad como el Global Nutrition Composite Score. El tamizaje en las primeras 24 h y el diagnóstico estandarizado deben guiar intervenciones basadas en evidencia, con monitoreo continuo. Los equipos de soporte nutricional, integrados por múltiples disciplinas, son el estándar internacional para garantizar seguridad y eficacia.

Modelos exitosos internacionales y locales han demostrado reducción de complicaciones, infecciones y estancia hospitalaria mediante protocolos estandarizados y fortalecimiento de la colaboración con pacientes y familias. El Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional, asociación interdisciplinaria con reconocimiento nacional e internacional, impulsa formación continua, alianzas estratégicas y programas como la Alianza por la Nutrición Hospitalaria, que homogeneiza procesos, forma recursos humanos y evalúa calidad. Sus cursos, diplomados, congresos y seminarios especializados diseminan evidencia y fomentan la adopción de estándares globales adaptados a México, posicionando la nutrición clínica como prioridad estratégica.

## **Panorama Actual de la Nutrición Hospitalaria en México**

### **Dr. Luis Galindo Mendoza**

La desnutrición hospitalaria en México mantiene una prevalencia elevada, con datos regionales que muestran que no ha habido avances significativos en más de una década. Estudios multicéntricos como ELAN (2003) y ENHOLA (2016) reportan prevalencias similares de desnutrición moderada y severa, afectando a pacientes en todos los servicios, incluidos los quirúrgicos. Esta condición compromete la evolución clínica, la cicatrización y la tolerancia a procedimientos mayores.

El modelo actual en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social suele retrasar el inicio del apoyo nutricional especializado hasta el tercer nivel de atención, desaprovechando la oportunidad de detección y abordaje temprano en el primer nivel. Las Guías de Práctica Clínica nacionales reconocen que la intervención nutricional temprana reduce complicaciones, estancia hospitalaria, mortalidad y costos, y es una de las pocas medidas capaces de impactar directamente en la morbilidad.

La elección de la modalidad de apoyo nutricional debe basarse en la funcionalidad y accesibilidad del tubo digestivo, priorizando la vía oral y, en su defecto, la enteral. Esta última, al ser la más fisiológica, se asocia con menor incidencia de infecciones y menor mortalidad. Sin embargo, su disponibilidad se ve limitada por el desabasto frecuente de fórmulas poliméricas, insumo prioritario en la práctica hospitalaria.

La nutrición parenteral es indispensable en pacientes sin tubo digestivo funcional o con requerimientos no cubiertos por vía enteral. Su preparación exige más de 40 componentes y condiciones controladas, disponibles únicamente en centrales de mezclas con licencia. Actualmente, solo 14 de las 32 entidades federativas cuentan con estas instalaciones, lo que obliga a recurrir a servicios externos. Las bolsas tricámara de nutrición parenteral estandarizada, presentes en 20 entidades, ofrecen ventajas como reducción de errores y riesgo de infección, aunque requieren adición de vitaminas y electrolitos.

Para garantizar la seguridad y efectividad del apoyo nutricional, se requiere personal capacitado —químicos, médicos y enfermería— que asegure la compatibilidad y correcta administración de las terapias. A pesar de los esfuerzos de instituciones académicas y del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional en la formación de profesionales, el reto sigue siendo la implementación efectiva y homogénea de las guías y protocolos, con acceso oportuno y cobertura suficiente en todo el país.

La consolidación de un modelo integral, oportuno y seguro de nutrición clínica hospitalaria es clave para mejorar resultados, optimizar recursos y garantizar un estándar de atención de calidad en beneficio de todos los pacientes.

## **Marco Jurídico de la Nutrición Clínica**

**Mtro. David Jesús Sánchez Mejía**

El derecho a la salud en México, reconocido en la Constitución y en tratados internacionales, es un derecho humano fundamental que implica la obligación del Estado de garantizar servicios disponibles, accesibles, aceptables y de calidad. La Constitución establece que el legislador federal fija bases y modalidades de los servicios y distribuye competencias entre Federación y estados. La Ley General de Salud, con más de 40 años de vigencia y numerosas reformas, define la salud como bienestar físico, mental y social, regula el acceso y establece la nutrición como materia de salubridad general, especialmente en nutrición materno infantil y en la prevención y atención de trastornos alimentarios, sobrepeso y obesidad.

La Secretaría de Salud Federal emite normas oficiales de aplicación nacional en temas como etiquetado, asistencia alimentaria y promoción de la salud, mientras que los estados organizan, supervisan y evalúan servicios específicos. Aunque la ley reconoce la nutrición como proceso, no existe una regulación amplia y expresa de la nutrición clínica como disciplina; sin embargo, se integra indirectamente a través de la regulación de la atención médica y la formación de recursos humanos. La atención médica, de carácter concurrente, está regulada por reglamentos, normas oficiales, guías de práctica clínica y protocolos, que definen el campo de actuación y los estándares de cuidado de cada profesión.

En formación de recursos humanos, la Ley General de Salud y otras leyes regulan profesiones y programas académicos. La especialización médica en nutrición clínica requiere residencia y certificación; en otras profesiones, la falta de regulación clara genera problemas para el ejercicio profesional y el reconocimiento de estudios. Existen riesgos derivados de programas académicos con denominaciones imprecisas que dificultan la obtención de cédulas profesionales y limitan oportunidades laborales.

Las áreas de oportunidad incluyen: fortalecer la certeza jurídica de profesiones con regulación insuficiente; integrar programas de atención nutricional en procesos de acreditación, certificación y supervisión de establecimientos; aprovechar normas y mecanismos existentes para implementar políticas públicas sin necesidad de reformar la Ley General de Salud; y evaluar la creación de una norma oficial mexicana o un protocolo nacional de atención en nutrición clínica. Un marco normativo claro y operativo permitiría fortalecer la atención nutricional en todos los niveles y garantizar su integración en la práctica clínica.



## **La Nutrición Clínica Hospitalaria como Política de Salud**

**Mtra. Diana Laura Montiel Ojeda**

La nutrición clínica comprende el tamizaje, la valoración integral, el diseño de un plan individualizado y el seguimiento continuo desde el ingreso hospitalario hasta el alta. Es un componente esencial de la atención sanitaria de calidad, vinculado al derecho a la salud y la alimentación, a la eficiencia del gasto público y a la seguridad del paciente. Organismos como la OMS, ESPEN y ASPEN recomiendan realizar tamizaje en las primeras 24-48 horas, integrar especialistas en nutrición clínica en los equipos de atención y registrar de forma estandarizada el estado nutricional en el expediente clínico.

En México, la desnutrición relacionada con la enfermedad afecta a entre 30 % y 60 % de los pacientes hospitalizados, incrementando el riesgo de infecciones, estancias de 4 a 7 días adicionales, reingresos prevenibles, complicaciones de 2 a 3 veces más frecuentes, mortalidad y costos hasta en un 25 %. La falta de protocolos obligatorios y de presupuesto específico provoca que la atención dependa de iniciativas aisladas.

Datos del IMSS señalan que el 49 % de los pacientes presentan desnutrición; solo el 18 % recibe evaluación especializada y menos del 10 % cuenta con un plan documentado. La implementación temprana de programas hospitalarios podría ahorrar hasta 8.1 millones de dólares anuales. Aunque algunos hospitales aplican protocolos de tamizaje, las diferencias en regulación y seguimiento reducen su efectividad.

Se requiere coordinación interinstitucional para establecer lineamientos normativos claros sobre tamizaje, valoración, tratamiento y monitoreo; incluir la nutrición como indicador clave en los sistemas de información hospitalaria; asignar presupuesto para plazas especializadas; y actualizar la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas para incorporar estos elementos.

Las propuestas incluyen la aplicación universal del tamizaje al ingreso, la evaluación previa a procedimientos, el establecimiento de razones mínimas especialista-paciente y el desarrollo de indicadores nacionales integrados al Sistema Nacional de Salud.

La desnutrición relacionada con la enfermedad es prevenible y su atención temprana es costo-efectiva. Asumir la nutrición clínica como inversión estratégica en salud pública requiere voluntad política, reformas normativas y coordinación institucional, con impacto directo en la seguridad del paciente, la reducción de costos, la eficiencia del sistema y el cumplimiento de los derechos a la salud y la alimentación.

## **Generando Evidencia para las Políticas de Salud**

### **Dr. Simón Barquera Cervera**

La elevada carga de enfermedades crónicas y problemas vinculados con la alimentación en México exige políticas públicas basadas en evidencia y libres de interferencia comercial. La nutrición debe incorporarse como pilar en el diseño de estrategias nacionales, priorizando la protección del derecho a la salud, a la alimentación adecuada y a entornos libres de prácticas de mercadeo dirigidas a la infancia. El sistema alimentario actual favorece la producción y consumo de ultraprocesados, con un consumo nacional aproximado del 30 %. Reducir esta proporción es prioritario para evitar su desplazamiento sobre la dieta tradicional, aprovechando la disponibilidad de alimentos frescos y accesibles.

Los problemas de alimentación inadecuada se relacionan simultáneamente con obesidad y deficiencias nutricias, incluso en un mismo hogar. Ante este contexto, las medidas regulatorias son más efectivas que las acciones exclusivamente educativas para contrarrestar el marketing masivo de la industria. El Estado tiene la obligación de implementar mecanismos que garanticen alimentación saludable, especialmente en niñas y niños.

Entre las intervenciones más relevantes destacan: impuestos a bebidas azucaradas y productos no saludables, etiquetado frontal de advertencia, regulación de publicidad, fomento de lactancia materna, entornos escolares saludables, consejería y tratamiento integral, así como estrategias para prevenir interferencia de la industria. El impuesto a bebidas azucaradas redujo el consumo en cinco litros per cápita anuales y el etiquetado frontal ha demostrado alta comprensión en distintos grupos poblacionales, sin impacto económico negativo. Modelos de proyección estiman que esta medida podría prevenir millones de casos de obesidad y generar ahorros sustanciales.

Otras acciones incluyen la Ley de Alimentación Adecuada y Sostenible, actualización de guías alimentarias con criterios de sostenibilidad, eliminación de alimentos ultraprocesados en escuelas, fortalecimiento de políticas fiscales y campañas de comunicación masiva. La evidencia muestra impactos positivos, como la reducción de 6–7 g de azúcar por litro en bebidas y disminución en niveles poblacionales de triglicéridos.

El logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible requiere coordinación multisectorial entre salud pública, nutrición clínica, agricultura y sociedad civil, así como la consolidación de un frente común que defienda políticas efectivas frente a intereses comerciales. Con visión estratégica, continuidad y cooperación interinstitucional, es posible frenar la tendencia de enfermedades relacionadas con la alimentación y mejorar la salud de la población.

## Homologación de Intervenciones Nutricionales e Insumos para la Salud

**Dra. Judith Gutiérrez Aguilar**

La homologación de intervenciones y de insumos en nutrición clínica es un elemento estratégico para garantizar diagnósticos y tratamientos seguros, costo-efectivos y basados en evidencia. La estandarización permite definir indicaciones precisas, identificar el nivel de atención adecuado, establecer momentos de referencia y contrarreferencia, modelar costos y evaluar el impacto en salud. La terminología homologada a estándares internacionales es clave para asegurar la correcta identificación y uso de insumos, priorizando aquellos con mejor relación costo-beneficio y utilidad comprobada frente a alternativas actuales o tecnologías emergentes.

En México, el desarrollo normativo ha transitado desde el Reglamento del Consejo de Salubridad General (2003) hasta la creación del Cuadro Básico y Catálogo de Nutriología en 2017, hoy integrado en el Compendio Nacional de Insumos para la Salud. Este compendio incluye nutrición parenteral y enteral, fórmulas poliméricas e infantiles, alimentos médicos, vitaminas, minerales, equipo médico especializado y material de curación, así como auxiliares de diagnóstico como dinamómetros, calorímetros o pruebas de biología molecular. Las cédulas específicas para patologías —como fenilcetonuria, acidemias orgánicas, galactosemia, homocistinuria o errores de oxidación de ácidos grasos— han sido incorporadas para garantizar un tratamiento integral y oportuno.

En paralelo, el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CENETEC) ha incorporado guías de intervención dietética y apoyo nutricional en patologías complejas, trasplantes, lactancia materna en condiciones especiales, dosificación de fármacos en obesidad y seguridad alimentaria, entre otras. Estas guías deben alinearse con protocolos de atención y actualizarse periódicamente conforme a la mejor evidencia disponible y a las necesidades detectadas por los equipos de salud. La participación en la Farmacopea ha permitido establecer estándares para fórmulas de nutrición enteral y parenteral, fortaleciendo la calidad y seguridad en su uso. La integración de tecnologías diagnósticas y terapéuticas ha ampliado las posibilidades de intervención, facilitando la atención de pacientes con requerimientos especializados y en prevención.

Pese a los avances, persisten retos como la actualización continua de guías, la generación de protocolos de atención integral y la formación de profesionales con competencias en regulación y legislación en nutrición clínica. Fortalecer estas capacidades en las nuevas generaciones es esencial para preservar y ampliar los logros alcanzados, garantizando un marco normativo robusto que sustente la calidad, seguridad y equidad en el acceso a intervenciones nutricionales en el país.

## **Importancia de los Equipos Interdisciplinarios de Nutrición Clínica Hospitalaria**

### **Dra. Yolanda del Carmen Méndez Romero**

La atención nutricional hospitalaria requiere un abordaje interdisciplinario para prevenir, diagnosticar y tratar de forma efectiva la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE). Por su naturaleza multifactorial, este manejo demanda la coordinación de profesionales de distintas áreas, incluyendo medicina, nutrición, química farmacobiológica y enfermería, así como fisioterapia, psicología y otras especialidades según la patología de base. Cada disciplina aporta funciones específicas: diagnóstico y tratamiento médico, tamizaje y terapia nutricional, seguimiento clínico, compatibilidad y seguridad de terapias, además de apoyo funcional y psicosocial.

Las guías internacionales, como las de la ESPEN para pacientes con polimorbilidad, recomiendan el uso de protocolos estructurados de soporte nutricional interdisciplinario (nivel de evidencia B, consenso del 100%). Estos equipos se asocian con mayor frecuencia y calidad en las evaluaciones, adecuación de terapias, reducción de complicaciones, estancia hospitalaria y costos. Experiencias documentadas muestran mejoras sustanciales en indicadores clínicos y de calidad de vida tras la implementación de este modelo.

Existen barreras que dificultan su adopción, clasificadas en tres ámbitos: del paciente (falta de apetito, efectos adversos de terapias, problemas de masticación y deglución, baja percepción de riesgo nutricional), del sistema de salud (sobrecarga laboral, tiempos prolongados para referencias, falta de cobertura de tratamiento, carencia de equipo e insumos) y de los profesionales (formación insuficiente en nutrición clínica, subestimación de su relevancia). Factores socioeconómicos y creencias personales también limitan la adherencia a las intervenciones.

Los equipos efectivos se caracterizan por liderazgo sólido, mensajes consistentes, capacidad de adaptación a las necesidades locales y enfoque centrado en el paciente. Su funcionamiento eficiente permite una detección temprana de riesgo nutricional, elaboración de planes individualizados y administración oportuna de intervenciones, lo que repercute en mejores resultados clínicos, menor estancia hospitalaria, reducción de complicaciones, optimización de recursos y disminución de la morbilidad y mortalidad.

La integración formal de estos equipos en el modelo hospitalario es esencial para garantizar la calidad y seguridad de la atención nutricional. Su implementación debe formar parte de la estrategia institucional para asegurar intervenciones basadas en evidencia, estandarizadas y sostenibles, contribuyendo a la equidad en el acceso y a la eficiencia del sistema de salud.

**Evidencia de la Desnutrición Hospitalaria en México:  
Sistema de Encuestas ¿Dónde Estamos?  
Dr. Alejandro Hidalgo Ponce**

La desnutrición hospitalaria relacionada con la enfermedad es un problema prevalente, multifactorial y subdiagnosticado en México y Latinoamérica, asociado a mayor morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria prolongada y costos elevados. Factores como la disminución de ingesta, estrés metabólico, polifarmacia, inmovilidad, efectos adversos de medicamentos, órdenes de “nada por vía oral” y condiciones del entorno hospitalario contribuyen a su aparición y persistencia. La pérdida de masa muscular impacta de forma directa en la evolución clínica: con un 10 % de pérdida se reduce la inmunidad y aumenta en 10 % la mortalidad; con 40 % de pérdida, esta es cercana al 100 %.

Diversas encuestas han documentado la magnitud del problema. El estudio IBRANUTRI (Brasil, 1996) reportó 48.1 % de desnutrición hospitalaria, 12.6 % grave, con complicaciones y ausencia de terapia nutricional. El ELAN (14 países, 2003) identificó 52.2 % de desnutrición (11.2 % grave) y menos del 9 % con tratamiento. El ENHOLA (12 países, 2016) encontró 34 % de desnutrición (10.9 % grave) y 36.9 % con riesgo nutricional. El “Nutrition Day” en Latinoamérica (2021) documentó 39.6 % de prevalencia general y 43 % en México, visibilizando la necesidad de fortalecer el cribado y atención nutricional. El ELANPE (2025) mostró mejoras: 54.4 % de pacientes recibieron terapia nutricional y 66 % tuvieron cribado, principalmente por nutriólogos.

En México, estudios locales han reportado cifras aún mayores: hasta 69.5 % de riesgo nutricional en hospitales de referencia según NRS-2002 y criterios GLIM, con fuerte asociación a COVID-19. La desnutrición incrementa la estancia hospitalaria entre 4 y 6 días, cuadruplica el riesgo de complicaciones y multiplica por cinco la mortalidad.

Las recomendaciones incluyen tamizaje universal en las primeras 24-72 h del ingreso, valoración nutricional integral con herramientas validadas (NRS-2002, Valoración Global Subjetiva, Nutri Score en UCI) y reevaluaciones periódicas. La identificación de criterios fenotípicos y etiológicos (GLIM) orienta la intervención, cuyo objetivo principal es preservar la masa y función muscular.

Si bien la terapia nutricional es esencial, no siempre revierte el catabolismo en enfermedades graves, lo que exige intervenciones integrales y equipos interdisciplinarios consolidados. Documentar la prevalencia a través de encuestas nacionales, estandarizar protocolos y fortalecer la capacitación profesional son pasos clave para prevenir y tratar de manera efectiva la desnutrición hospitalaria, optimizando resultados clínicos y recursos en salud.

## **Acciones Esenciales para Mejorar la Nutrición Clínica en Hospitales**

### **Dr. Jorge Rosendo Sánchez Medina**

La desnutrición hospitalaria afecta hasta a la mitad de los pacientes hospitalizados, no solo por la enfermedad de base, sino por una ingesta insuficiente relacionada con el sabor, cantidad o preparación de los alimentos, así como por la ausencia de estrategias adecuadas de apoyo nutricional. El deterioro es más acentuado en pacientes críticos o con alto catabolismo, en quienes los requerimientos nutricionales no pueden cubrirse con la dieta hospitalaria estándar.

Las deficiencias actuales incluyen retraso o ausencia de tamizaje nutricional, uso inadecuado de la terapia nutricional (dosis incorrectas, interacciones o reacciones adversas), incumplimiento de protocolos, falta de recursos e insumos y escasa integración del nutriólogo en los equipos clínicos. Estas fallas comprometen la calidad y seguridad de la atención.

La mejora requiere un enfoque integral que contemple tamizaje oportuno, valoración y diagnóstico precisos, planes individualizados, educación al paciente y familia, aplicación de guías basadas en evidencia, registro electrónico, seguridad alimentaria, prevención del síndrome de realimentación, capacitación continua y seguimiento postalta. La colaboración interdisciplinaria entre medicina, nutrición, enfermería y farmacia es esencial para garantizar intervenciones seguras y efectivas.

Experiencias internacionales demuestran el valor de la estandarización: en Reino Unido el cribado y soporte nutricional son obligatorios; en Francia se asigna un nutriólogo por cada 100 camas; en Alemania la desnutrición es un diagnóstico médico formal; y en Brasil existe regulación y gestión centralizada de tratamientos especializados.

Las acciones prioritarias incluyen: 1) establecer rutas claras de atención con umbrales, roles y tiempos definidos; 2) fortalecer grupos de soporte nutricional interdisciplinarios; 3) capacitar y sensibilizar al personal médico y de enfermería; 4) asegurar el acceso a alimentos, suplementos y fórmulas con presupuesto garantizado; y 5) generar indicadores de calidad para evaluar y mejorar la atención.

Para su implementación se requiere asignación presupuestal específica, un marco normativo nacional que regule la atención nutricional hospitalaria, un organismo certificador para acreditar competencias de equipos, formación continua y monitoreo de resultados clínicos, económicos y operativos como parte de una política de mejora continua. La nutrición clínica debe reconocerse como intervención médica esencial, ética y costo-efectiva, con impacto directo en la reducción de complicaciones, optimización de recursos y dignificación de la atención hospitalaria.

## **Necesidad del Comité Hospitalario de Nutrición Clínica**

### **Dr. Jesús Tapia Jurado**

La desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE) es un problema frecuente y grave en el entorno hospitalario, que afecta a aproximadamente el 43% de los pacientes hospitalizados. Esta condición se asocia con estancias prolongadas de tres a cinco días adicionales, incremento de costos hospitalarios de 25% a 60% y mayor riesgo de complicaciones y mortalidad. Un mal estado nutricional retrasa la recuperación, dificulta la cicatrización, compromete la respuesta inmunológica y aumenta la susceptibilidad a infecciones. En pacientes quirúrgicos, la pérdida superior al 20% del peso corporal previo eleva la mortalidad hasta 33%, frente al 3.5% en quienes mantienen su peso.

La ausencia de tamizaje nutricional sistemático, la falta de protocolos estandarizados y el uso inadecuado de terapias nutricionales perpetúan un ciclo de complicaciones, reingresos y gasto excesivo. La desnutrición se vincula directamente con resultados clínicos adversos, como inestabilidad hemodinámica, deficiente respuesta inmunológica y problemas de cicatrización, incluso en pacientes que superan condiciones críticas iniciales.

Para revertir esta situación, se plantea la creación obligatoria de un Equipo Interdisciplinario de Nutrición Clínica (EINC) en todos los hospitales. Este equipo, integrado por un líder con compromiso clínico, médico, nutriólogo, farmacéutico hospitalario y enfermero, debe garantizar el tamizaje en las primeras 24-48 horas del ingreso, aplicar protocolos basados en evidencia para nutrición oral, enteral y parenteral, asegurar la continuidad del cuidado nutricional desde el ingreso hasta el alta, optimizar recursos y capacitar de forma continua al personal.

La implementación de equipos formales de nutrición clínica ha demostrado reducir infecciones, acortar estancias, disminuir la mortalidad y mejorar el uso de recursos. Además, favorece la correcta codificación de diagnósticos, fortalece la cultura institucional de calidad y seguridad, y contribuye a la sostenibilidad financiera.

El abordaje integral y estandarizado de la DRE debe ser considerado un componente esencial y no opcional en la atención hospitalaria. Integrar y fortalecer los EINC constituye una medida estratégica y costo-efectiva para garantizar atención nutricional segura, efectiva y de calidad, reconocida como un derecho fundamental de todos los pacientes y un pilar para mejorar la eficiencia y los resultados del sistema de salud.

**La Nutrición Clínica Hospitalaria como Indicador de Calidad:  
Nutrición Especializada en el Paciente Pediátrico  
Dra. Martha Patricia Márquez Aguirre**

La gestión de calidad en la atención nutricional hospitalaria requiere un enfoque sistemático que asegure la detección y el tratamiento oportuno de la desnutrición, particularmente en la población pediátrica, considerada de alta vulnerabilidad. La desnutrición en niños hospitalizados es un problema persistente que incrementa el riesgo de morbilidad, mortalidad y estancias prolongadas, generando un impacto clínico y económico significativo.

El modelo de calidad de Avedis Donabedian establece tres componentes para evaluar la atención: estructura, proceso y resultado. La estructura comprende los recursos físicos, humanos y organizativos; el proceso incluye las acciones desarrolladas por el equipo de salud; y el resultado se refiere a las consecuencias en el estado del paciente. El principal reto y oportunidad se encuentra en el proceso, donde es necesario estandarizar prácticas y desarrollar protocolos que reduzcan fallas y eventos adversos.

La implementación de indicadores de calidad constituye una herramienta clave para mejorar la atención. Estos indicadores permiten describir la situación, evaluar su evolución y generar información útil para la investigación y la toma de decisiones. Deben ser medibles, razonables y aplicables sin requerir estudios complejos, con el objetivo de monitorear resultados, ajustar políticas y facilitar la rendición de cuentas.

En el caso de pacientes pediátricos, se recomienda que los equipos interdisciplinarios de soporte nutricional asuman la responsabilidad de establecer y gestionar estrategias basadas en estos indicadores. Su labor incluye el tamizaje nutricional temprano, la valoración integral, la definición de planes individualizados y el seguimiento constante, garantizando la integración de la nutrición clínica como parte esencial del tratamiento.

Un cuidado nutricional adecuado en este grupo puede modificar de forma sustancial el pronóstico, favoreciendo una recuperación más rápida y reduciendo complicaciones. La adopción de estándares de calidad, junto con el fortalecimiento de las capacidades institucionales y del trabajo colaborativo, es fundamental para transformar los resultados y asegurar que los pacientes pediátricos egresen en mejores condiciones de salud.



## **Impacto Clínico y Económico de la Desnutrición Hospitalaria: Economía de la Salud**

**Dr. José Ignacio Díaz Pizarro**

La desnutrición hospitalaria es una condición prevalente y prevenible que afecta entre el 40% y el 60% de los pacientes en América Latina, incrementándose con la estancia hospitalaria. Estudios como ELAN (50.2% de prevalencia) y ENHOLA (44.9%) evidencian su magnitud, con revisiones que reportan rangos de 37.1% a 53.6%. En pacientes pediátricos y adultos, esta condición se asocia a un aumento de complicaciones, mortalidad y estancias prolongadas. Datos muestran que los pacientes desnutridos presentan complicaciones en 27% de los casos, frente a 16.8% en los bien nutridos; en desnutrición severa, la cifra asciende a 42.8%. Las complicaciones infecciosas son significativamente más frecuentes (19.4% vs. 10.1%) y el riesgo relativo de mortalidad se incrementa hasta 2.63, alcanzando una razón de momios de 13.73 en casos severos.

Estos datos muestran que la desnutrición hospitalaria no solo aumenta la morbilidad y mortalidad, sino que también incrementa la probabilidad de eventos adversos prevenibles, conocidos como “eventos nunca”, como infecciones postoperatorias. La presencia de estos eventos refleja la gravedad clínica de la desnutrición y su impacto directo en la seguridad del paciente, situaciones que incluso pueden considerarse negligencia médica y que no son cubiertas por aseguradoras.

En el ámbito económico, la atención de un paciente desnutrido incrementa los costos diarios en 60.5% y eleva en 308% los gastos por complicaciones infecciosas. Cada caso con complicaciones asociadas implica un gasto adicional de hasta \$2,912 USD. En México, el costo extra estimado por paciente desnutrido es de \$2,505 USD, considerando una atención diaria promedio de \$364 USD. La implementación de terapia nutricional adecuada puede reducir significativamente este impacto, evitando complicaciones, mejorando la recuperación y disminuyendo la estancia hospitalaria.

El potencial de ahorro a gran escala es considerable: si el 50% de los seis millones de pacientes hospitalizados anualmente recibiera atención nutricional, el sistema de salud podría ahorrar aproximadamente 8.1 mil millones de dólares, equivalente al 32% del presupuesto nacional de salud. Este impacto refleja que la nutrición clínica no solo es esencial para mejorar los resultados en salud y reducir la mortalidad, sino que constituye una estrategia económicamente eficiente para el sistema. La evidencia respalda que integrar el tamizaje nutricional, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno como prácticas estándar permitiría transformar un problema de alto costo y elevada carga clínica en una oportunidad para optimizar la atención y la sostenibilidad financiera de los servicios de salud.

## **Optimizando la Atención Perioperatoria: Protocolo ERAS**

### **Dr. Juan Carlos Hernández Aranda**

El protocolo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) es una estrategia integral y multimodal basada en evidencia, diseñada para optimizar la evolución postoperatoria y aplicable a diversas cirugías mayores, especialmente del aparato digestivo. Surgió a finales de los años noventa como cirugía “Fast-Track” y se consolidó en 2010 con la creación de la ERAS Society, que ha difundido guías específicas para distintos procedimientos.

Su enfoque abarca todas las fases del proceso quirúrgico. En la etapa preoperatoria incluye prehabilitación para mejorar la condición física, valoración nutricional exhaustiva y corrección de deficiencias; en casos de desnutrición severa se recomienda posponer la cirugía e iniciar soporte nutricional especializado por dos semanas. También contempla la eliminación de factores de riesgo como tabaquismo y alcohol, y el acondicionamiento físico previo.

En el periodo prequirúrgico y transoperatorio rompe con prácticas tradicionales: evita el ayuno prolongado, administra cargas de carbohidratos con maltodextrina la noche anterior y dos horas antes de la anestesia para reducir la resistencia a la insulina, prioriza la mínima invasión, limita la sobrecarga de líquidos, y minimiza o elimina sondas y drenajes.

En la fase postoperatoria promueve la movilización temprana, el reinicio de la vía oral dentro de las primeras 24 horas con líquidos y sólidos, el control del dolor con mínimo uso de opioides y la vigilancia estrecha de la evolución clínica.

La evidencia documenta beneficios consistentes: reducción significativa de la estancia hospitalaria, menor tasa de complicaciones, recuperación funcional más rápida, disminución del uso de opioides, menores costos y mayor satisfacción del paciente. Ejemplos incluyen disminución del 54% en complicaciones en Colombia y ahorros cercanos a 5 millones de dólares en Canadá para 1,680 pacientes.

La implementación exitosa del protocolo ERAS requiere voluntad de cambio institucional, comprensión detallada de sus componentes por todo el personal y trabajo coordinado de un equipo interdisciplinario que incluya cirugía, anestesia, nutrición, enfermería y otras áreas. La aplicación debe estar sujeta a auditorías y mejoras continuas para garantizar adherencia a las guías y obtención de resultados. Por su impacto clínico, económico y en la experiencia del paciente, el protocolo ERAS constituye un modelo de atención integral que debe incorporarse de forma sistemática tanto en el sector público como en el privado, adaptándose a las condiciones locales y asegurando su sostenibilidad operativa.

## **Beneficios de Protocolos de Terapia Nutricional Post Hospitalaria**

**Mtra. Ángela Kimura Ovando**

La desnutrición post hospitalaria constituye un punto crítico en la continuidad de la atención, con reingresos estimados en hasta el 50% de los pacientes que han recibido terapia nutricional intrahospitalaria. Estos reingresos generan costos que oscilan entre \$2,000 y \$17,000 USD por paciente y se asocian con mayor morbilidad y mortalidad. El alta hospitalaria suele darse antes de que el paciente recupere su capacidad para cubrir requerimientos nutrimentales y alcanzar un estado de salud óptimo, lo que prolonga la convalecencia y favorece complicaciones.

Factores como la falta de conocimiento del personal médico sobre la relevancia del seguimiento nutricional, la corta estancia hospitalaria, la inexistencia de protocolos formales y la deficiente transferencia de información al primer nivel de atención contribuyen a la negligencia nutricional. A ello se suma la ausencia de guías clínicas nacionales o internacionales obligatorias que establezcan criterios claros para la transición del hospital al domicilio, a pesar de que experiencias en países como Singapur, Canadá, Estados Unidos y Australia han mostrado beneficios de implementar recomendaciones estructuradas.

Las revisiones sistemáticas y metaanálisis evidencian que el seguimiento nutricional post alta mejora parámetros como el peso y puede reducir la mortalidad a largo plazo en pacientes con desnutrición o en riesgo, aunque el impacto sobre la funcionalidad requiere estrategias más completas. Dichos protocolos deben incluir la evaluación nutricional al alta, educación al paciente y su familia sobre su manejo, comunicación efectiva entre equipos intrahospitalarios y de atención primaria, y la participación de profesionales capacitados para resolver problemas nutricionales complejos, incluyendo nutriólogos, enfermería, rehabilitación, trabajo social y médicos.

Se propone el desarrollo e implementación de guías clínicas de seguimiento de terapia nutricional post hospitalaria que garanticen la continuidad del cuidado hasta lograr la recuperación nutricional, con monitoreo periódico y ajustes individualizados. La capacitación de equipos especializados en el primer nivel de atención, el fortalecimiento de la comunicación interprofesional y el reconocimiento del derecho del paciente a recibir cuidado nutricional más allá de la hospitalización son pasos esenciales para cerrar esta brecha.

Un enfoque estructurado y normado no solo reduciría complicaciones y rehospitalizaciones, sino que también optimizaría recursos y mejoraría la calidad de vida, posicionando la nutrición post hospitalaria como parte integral e ineludible del proceso de recuperación.

## **Nutrición Clínica y Enfermería: Un Vínculo Crucial para el Cuidado del Paciente**

**Mtra. Luz María Serralde Pantoja**

La integración entre nutrición clínica y enfermería es esencial para garantizar un cuidado hospitalario seguro, oportuno y centrado en la persona. La desnutrición hospitalaria persiste tanto al ingreso como al egreso, impactando negativamente la recuperación, la calidad de vida y los costos sanitarios. El personal de enfermería, por su contacto continuo con el paciente, desempeña un papel estratégico en la detección temprana y prevención del deterioro nutricional, al evaluar el consumo de alimentos, identificar barreras como efectos adversos de medicamentos, limitaciones funcionales o dentales y problemas con los menús hospitalarios, y actuar sobre factores que impiden una adecuada ingesta.

Su participación abarca la monitorización del estado nutricional, la administración de dietas y suplementos, el registro y seguimiento de tolerancia, la prevención del síndrome de realimentación y la educación a pacientes y familias. Estas funciones se potencian cuando se basan en modelos teóricos propios de enfermería, protocolos conjuntos con el equipo de nutrición y comunicación efectiva entre profesionales. Una coordinación adecuada permite asegurar que la alimentación se administre en los tiempos indicados, evitando omisiones derivadas de ayunos prolongados por procedimientos.

La colaboración interdisciplinaria requiere fortalecer la formación en nutrición clínica del personal de enfermería, incorporando competencias para el manejo de situaciones complejas como la pérdida de sondas, intolerancias alimentarias o ajustes en la terapia. La capacitación continua y el desarrollo de habilidades de comunicación son determinantes para identificar y resolver problemas antes de que impacten en el estado nutricional.

Experiencias internacionales evidencian beneficios claros: Brasil ha desarrollado manuales e indicadores de calidad en terapia nutricional, y otros países incorporan métricas para evaluar el rol de enfermería en este ámbito. Este enfoque optimiza la atención hospitalaria y asegura la continuidad del cuidado nutricional en el domicilio, protegiendo la seguridad alimentaria de la familia, mejorando resultados clínicos, reduciendo complicaciones y aumentando el impacto de la terapia nutricional.

Superar las barreras actuales —falta de recursos, limitaciones de infraestructura y debilidades en la comunicación interprofesional— es clave para consolidar la sinergia entre enfermería y nutrición clínica. Este vínculo, sustentado en protocolos, roles definidos, comunicación efectiva y formación constante, contribuye a reducir complicaciones, acortar estancias, mejorar indicadores de calidad y asegurar un cuidado integral que coloque al paciente en el centro de las decisiones terapéuticas.

## **Modelos de Éxito y Legislaciones Latinoamericanas en Terapia Nutricional**

### **Dr. Diego Arenas Moya**

La desnutrición hospitalaria en México mantiene una alta prevalencia, con reportes de 40-64% según estudios multicéntricos, y continúa siendo un problema subdiagnosticado y subatendido. Aunque existen evidencias y declaraciones previas que reconocen su impacto, la terapia nutricional no se implementa de manera sistemática ni obligatoria, quedando sin responsables definidos y con baja visibilidad en los procesos de atención. La ausencia de tamizaje, evaluación, diagnóstico y prescripción por personal con competencias específicas genera complicaciones prevenibles, incrementa la mortalidad y eleva los costos hospitalarios. Además, los pacientes suelen deteriorar su estado nutricional durante la hospitalización, lo que constituye una inequidad en salud y un fallo en la garantía de derechos.

Modelos internacionales muestran que la legislación y la estandarización de la atención son viables y efectivas. En Brasil, el estudio IBRANUTRI evidenció una alta prevalencia de desnutrición y baja cobertura de tratamiento, lo que llevó a promulgar la Resolución RDC 63/2000. Esta norma estableció requisitos mínimos obligatorios para la terapia de nutrición enteral y parenteral, incluyendo equipos interdisciplinarios, protocolos estandarizados, evaluaciones periódicas, infraestructura específica y responsabilidades profesionales definidas. Su implementación redujo complicaciones, costos y fortaleció la industria y la investigación local.

Costa Rica adoptó medidas similares, institucionalizando el soporte nutricional como política pública en instituciones públicas y privadas, con criterios, equipos y procedimientos adaptados a poblaciones específicas, así como regulación de la formación y acreditación profesional.

En México, la experiencia del Servicio de Apoyo Metabólico Nutricio del Hospital Regional 1º de Octubre (ISSSTE) demuestra que la aplicación de un modelo con liderazgo, regulación interna, protocolos claros y abasto garantizado permite lograr más del 90% de egresos con evolución favorable, seguimiento ambulatorio y un ahorro anual estimado de 329.6 millones de pesos por reducción de complicaciones.

La evidencia confirma que definir roles profesionales con competencias acreditadas y establecer procesos obligatorios es esencial para evitar la variabilidad y las omisiones en la atención. La nutrición clínica debe reconocerse como derecho y obligación legal sanitaria, integrándose en la política pública mediante marcos normativos, acreditación de equipos y estandarización de procedimientos, con el fin de mejorar resultados clínicos, optimizar recursos y garantizar atención equitativa y de calidad para todos los pacientes hospitalizados.

## Palabras de cierre

**Dr. Raúl Carrillo Esper**

La terapia nutricional en México tiene una relevancia histórica, y es necesario reconocer la labor de quienes impulsaron su desarrollo desde sus inicios. Sin embargo, a pesar de más de cinco décadas de avance en la disciplina, la fragmentación del sistema de salud ha dificultado la implementación homogénea de estrategias nutricionales. Aunque la nutrición clínica cuenta con profesionales especializados y una base sólida de evidencia científica, aún no se ha consolidado como una política formal de salud, en gran medida por la prioridad otorgada a otras problemáticas, como las enfermedades crónicas.

El posicionamiento del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional es un documento clave que sintetiza décadas de trabajo y constituye el primer paso formal hacia acciones legislativas y políticas concretas, integrando las aportaciones de los distintos actores del sector salud, cuya participación es indispensable para el diseño y la implementación de estrategias nutricionales efectivas.

El posicionamiento será presentado a las autoridades sanitarias a través de la Academia Nacional de Medicina de México, que actúa como órgano consultivo del gobierno federal. La coyuntura política actual es favorable y muestra apertura hacia propuestas que combinan impacto social, costo-efectividad e innovación.

La institucionalización de la nutrición clínica enfrenta barreras políticas y desafíos de implementación. Sin embargo, la propuesta del posicionamiento cumple con los lineamientos del gobierno federal y presenta evidencia de beneficios medibles en la salud de la población. Mediante la coordinación de expertos, la integración de distintos niveles de atención y la capitalización de la coyuntura política es posible avanzar hacia la consolidación de la nutrición clínica como parte estructural del sistema de salud mexicano.

## Palabras de cierre

**Dra. Olga Gómez Santa María**

Se han logrado avances en materia de nutrición clínica; sin embargo, es importante reflexionar sobre la persistencia histórica de la desnutrición, evidenciada en registros, expresiones artísticas y en la trayectoria institucional del sistema de salud. La desnutrición es un problema silencioso con impacto económico, clínico y humano, existen intervenciones eficaces y validadas, como la nutrición clínica, que mejoran los resultados y optimizan los recursos.

Es importante reconocer el compromiso técnico y ético del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional en las áreas de formación, investigación e incidencia, así como la relevancia de consolidar su papel dentro del sistema nacional de salud. Para alcanzar esta meta, el foro se apoya en un marco jurídico que protege el derecho a la salud y permite fortalecer la nutrición clínica sin necesidad de reformar la Ley General de Salud.

Promover modificaciones normativas específicas, como una Norma Oficial Mexicana o un protocolo nacional de atención médica, que otorguen certeza jurídica a los profesionales aún no regulados e integren la nutrición clínica como un componente estructural de la atención sanitaria. Esto permitiría uniformar criterios, garantizar la calidad y asegurar la implementación de prácticas estandarizadas en todos los niveles de atención.

Es necesario transformar el discurso en acciones concretas y la evidencia en políticas operativas, aprovechando el respaldo técnico, la voluntad colectiva y la capacidad propositiva de la sociedad. La nutrición clínica debe ser reconocida como un elemento esencial de la atención integral, con beneficios directos tanto para los pacientes como para las instituciones y los sistemas de salud.

Consolidar los avances logrados, trabajando de manera articulada para que la atención nutricional hospitalaria pase de ser periférica a ocupar un lugar central en las estrategias de salud pública y hospitalaria. Cada paciente debe recibir un tratamiento nutricional adecuado, oportuno y basado en estándares técnicos, garantizando así un cambio estructural que contribuya a mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

El Posicionamiento del Colegio Mexicano de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional es el resultado de un consenso científico e interdisciplinario presentado como una hoja de ruta clara, estructurada en siete ejes estratégicos. Es importante reconocer al Dr. Raúl Carrillo Esper y a la Academia Nacional de Medicina de México por su apertura y compromiso, elementos clave para impulsar el diálogo sobre la nutrición clínica.

La agenda de nutrición clínica debe ser una prioridad nacional, y el momento de actuar es ahora, aportando conocimiento, experiencia y liderazgo científico. Si bien este constituye un paso decisivo, es sabido que el compromiso expresado no es suficiente. El objetivo es seguir avanzando, aun cuando surjan dificultades, convencidos de que el trabajo conjunto responde a una causa que salva vidas y contribuye al bienestar del país.



Colegio Mexicano  
De Nutrición Clínica Y  
Terapia Nutricional A.C.

**Fecha de presentación :**



9 de agosto de 2025