



Declaración de postura

Incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN)

Giuseppe Russolillo^{a,*}, Eduard Baladia^b, Manuel Moñino^c, María Colomer^c, Marta García^d, Julio Basulto^{b,e},
Iva Marques^f, Nancy Babio^e, Maria Manera^b y Pilar Cervera^a

^a Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN), España

^b Grupo de Revisión, Estudio y Posicionamiento Científico de la AEDN, España

^c Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de las Illes Balears, España

^d Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Castilla-La Mancha, España

^e Unidad de Nutrición Humana, Departamento de Bioquímica y Biotecnología, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Rovira i Virgili, Reus, Tarragona, España

^f Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte, Universidad de Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de mayo de 2009

Aceptado el 22 de mayo de 2009

Palabras clave:

Dietista-nutricionista

Dietista

Nutricionista

Incorporación

Sistema sanitario

Atención primaria

Atención especializada

Salud pública

Atención sanitaria integrada

Keywords:

Dietitian

Nutritionist

Inclusion

Health system

Primary care

Specialized care

Public health

Integrated health care

RESUMEN

El presente documento tiene como objetivo justificar la incorporación del dietista-nutricionista en los equipos multidisciplinares de atención primaria, especializada y de salud pública que dispensan atención sanitaria integrada según su papel específico en la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades prevalentes en España, y con ello benefician a la salud individual y colectiva de los ciudadanos y ciudadanas.

© 2009 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

Inclusion of the dietitian in the National Health System (NHS): position statement of the Spanish Association of Dietitians-Nutritionists (AEDN)

ABSTRACT

The purpose of this document is to justify including the dietitian-nutritionist in the multi-disciplinary, specialist and public health primary care teams which give integrated health care based on their particular role in promoting, preventing, treating and rehabilitating diseases that prevail in Spain, thereby benefiting the citizens' individual and collective health.

© 2009 Asociación Española de Dietistas - Nutricionistas. Published by Elsevier España, S.L.
All rights reserved.

Declaración de postura

La postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN) y de los Colegios Oficiales Profesionales de Dietistas-Nutricionistas es que la inclusión de los servicios del dietista-nutricionista en el marco de las diferentes áreas del Sistema Nacional de Salud contribuirá a la mejora de la atención sanitaria integrada de los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país, así como a la optimización de los recursos del propio sistema.

Documento presentado ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Senado para el estudio sobre las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud Español

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: g.russolillo@aedn.es (G. Russolillo).

Papel de la alimentación en la calidad de vida y la salud

La tendencia actual del cuidado de la salud, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se enfoca hacia el alcance del mayor potencial posible de salud a lo largo de la vida de la persona, dando prioridad a la prevención y la promoción frente a la curación¹. Es por ello que la meta principal de las políticas de salud es encaminarse a disminuir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones.

Actualmente, la etiología de muchas enfermedades crónicas está más clara y las intervenciones para disminuir el riesgo de padecerlas han mostrado su eficacia². Es por ello que, en la mayoría de los países, los Sistemas Nacionales de Salud incluyen el manejo de los aspectos dietético-nutricionales de la población en las estrategias de promoción de la salud y en la prevención y tratamiento de enfermedades²⁻⁶.

La alimentación desempeña un papel importante en la calidad de vida de los ciudadanos y es uno de los factores que más incide en el desarrollo de las enfermedades. En este sentido, la OMS establece que de los diez riesgos que más perjudican a la salud, seis están directamente relacionados con la alimentación¹: las prácticas sexuales sin protección, la hipertensión, el tabaco, el alcohol, las deficiencias en agua y los saneamientos, el colesterol elevado, los humos de combustibles sólidos en ambientes interiores, la deficiencia de hierro, la obesidad y el sobrepeso.

Según la OMS, estos factores causan el 40% de los 56 millones de fallecimientos que se registran cada año en el mundo, además de poner de manifiesto que los factores dietético-nutricionales son origen del 30% de los cánceres en los países industrializados¹. Según la Asociación Española Contra el Cáncer, 7 de cada 10 cánceres se pueden evitar con un estilo de vida saludable que incluya una alimentación adecuada⁷. Existe suficiente evidencia epidemiológica para poder afirmar que los componentes dietéticos incrementan la probabilidad de incidir en muchos de los factores de riesgo de las enfermedades más prevalentes⁸.

Según la OMS, las enfermedades más comunes relacionadas con la alimentación, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo¹, son: la obesidad, la diabetes mellitus (en especial la tipo 2), las enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, la osteoporosis y las enfermedades dentales.

Además, la OMS advierte que un bajo consumo de frutas y hortalizas causa más de 2,7 millones de muertes al año, un 30% de las cardiopatías isquémicas, un 20% de los cánceres gastrointestinales y un 10% de las enfermedades cerebrovasculares^{8,9}. Asimismo recomienda a los países que den prioridad a intervenciones como la reducción de la sal (sodio) de las comidas, la disminución de las grasas de la dieta y la promoción del consumo de fruta y hortalizas.

La mejora en la dieta puede ser el factor modificable de mayor importancia para reducir las enfermedades más prevalentes en países desarrollados. Asimismo, la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la diabetes mellitus tipo 2 causan 2 de cada 3 muertes en Estados Unidos, según las asociaciones americanas del cáncer, de la diabetes y del corazón¹⁰.

En España, el 87,4% de todas las muertes están causadas por enfermedades no transmisibles¹¹. Entre las principales cinco enfermedades no transmisibles, tres están directamente relacionadas con la alimentación¹¹⁻¹³:

- Enfermedades cardiovasculares (35%): 120.760 muertes/año.
- Cáncer (33%): 101.683 muertes/año.
- Enfermedades respiratorias (10%): 39.510 muertes/año.
- Diabetes mellitus (3%): 9.675 muertes/año.
- Otras (19%).

Por consiguiente, la alimentación es uno de los factores determinantes de la promoción de la salud y de la prevención de gran parte de las enfermedades más prevalentes^{4,8,9}.

Profesión regulada de dietista-nutricionista

La profesión de dietista-nutricionista está regulada a través de:

- El Real Decreto 433/1998, de 20 de marzo, establece el título universitario oficial de Diplomado y Diplomada en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de éste¹⁴.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, establece como tal, en su artículo 2, que la profesión de dietista-nutricionista es aquella para cuyo ejercicio habilita el título de Diplomado y Diplomada en Nutrición Humana y Dietética. Además, en su artículo 7.2.g) califica como Dietistas-Nutricionistas a los Diplomados y Diplomadas universitarios en Nutrición Humana y Dietética que desarrollan actividades orientadas a la alimentación de la persona o de grupos de personas, adecuadas a las necesidades fisiológicas y, en su caso, patológicas de las mismas, de acuerdo con los principios de prevención y salud pública¹⁵.
- La Orden CIN/730/2009 de 18 de marzo por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista¹⁶, y que garantiza al ciudadano la prestación de servicios sanitarios a cargo de un profesional con titulación universitaria cuya formación es íntegramente en nutrición y dietética.

El dietista-nutricionista es un profesional de la salud, con titulación universitaria, reconocido como un experto en alimentación, nutrición y dietética, con capacidad para intervenir en la alimentación de una persona o grupo, desde los siguientes ámbitos de actuación: la nutrición en la salud y en la enfermedad, el consejo dietético, la investigación y la docencia, la salud pública desde los organismos gubernamentales, las empresas del sector de la alimentación, la restauración colectiva y social.

La Conferencia de Decanos de las Universidades Españolas que imparten la titulación de Nutrición Humana y Dietética, junto con la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas, en un documento de consenso, describen cinco ámbitos de actuación del dietista-nutricionista¹⁷:

- Dietista-nutricionista clínico: en el ámbito clínico y hospitalario.
- Dietista-nutricionista comunitario: en la salud pública y nutrición comunitaria.
- Dietista-nutricionista de restauración colectiva: en el ámbito de la restauración colectiva, social y comercial.
- Dietista-nutricionista de la industria: en el ámbito de la industria agroalimentaria y farmacéutica.
- Dietista-nutricionista docente: en el ámbito de la docencia y la formación.
- Dietista-nutricionista investigador: en el ámbito de la investigación, la innovación y el desarrollo.

Interés público de la profesión de dietista-nutricionista

Las leyes parlamentarias de creación de los colegios oficiales de dietistas-nutricionistas en las comunidades autónomas han venido a reconocer el interés público de que goza dicha profesión.

La organización de la profesión de dietista-nutricionista a través de Corporaciones de Derecho Público viene a organizar y ordenar la profesión, así como a velar por la salud de la ciudadanía en las prestaciones sanitarias relacionadas con la nutrición y dietética, evitando planteamientos paracientíficos y el intrusismo profesional en congruencia con los intereses generales de la sociedad.

Actualmente existen cinco colegios profesionales correspondientes a las comunidades de Aragón, Illes Balears, Castilla-La Mancha, Euskadi y Navarra¹⁸⁻²². En el resto de comunidades autónomas, el co-

lectivo de dietistas-nutricionistas está en vías de creación de colegios profesionales.

Todas las asociaciones y colegios profesionales autonómicos conviven bajo el auspicio de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN) hasta la consolidación del Consejo General de Colegios Profesionales de Dietistas-Nutricionistas, cuyos Estatutos Generales está previsto elevarse al Gobierno de la Nación en breve.

La AEDN cuenta con alrededor de 3.000 profesionales asociados y tiene el reconocimiento nacional e internacional a través de la membresía en instituciones como la FESNAD (Federación Española de Sociedades de Nutrición Alimentación y Dietética), EFAD (Federación Europea de Asociaciones de Dietistas) o la ICDA (Confederación Internacional de Asociaciones de Dietistas). Respecto a esta última, la AEDN ocupa un lugar en la Junta Directiva de la ICDA y ha sido elegida para la organización del XVII Congreso Mundial de Dietética en el año 2016 y cuya sede será la ciudad de Granada.

Propuesta de incorporación del dietista-nutricionista en comparación con otros países con Sistema Nacional de Salud modernizados

El interés público de la profesión de dietista-nutricionista concurre en circunstancias de evidencia científica sobre su amplia actuación en la seguridad y la eficacia clínica. Su contribución eficaz a la prevención, el tratamiento o la curación de las enfermedades está ampliamente documentada y su representación bajo un colegio profesional evita la multiplicación de organizaciones o personas con planteamientos paracientíficos. Al mismo tiempo, al incorporar al dietista-nutricionista a equipos multidisciplinares de actuación sanitaria, especialmente desde salud pública y atención primaria permitiría abaratar el gasto sanitario². En este contexto la postura de la AEDN y de los colegios profesionales de dietistas-nutricionistas es que la inclusión de los servicios del dietista-nutricionista en el marco de las diferentes áreas del Sistema Nacional de Salud contribuirá a la mejora de la atención en la salud de los ciudadanos de nuestro país, así como a la optimización de los recursos²³.

Actualmente, Canadá, Estados Unidos y Europa ya tienen incorporada la profesión de dietista-nutricionista desde hace años en su sistema sanitario.

La Asociación Canadiense de Dietética propone como punto de partida, con base en proyectos y programas realizados en diferentes provincias, que el número de dietistas-nutricionistas requerido para cubrir las necesidades de servicios nutricionales de la población se cifre en una tasa mínima de 1 dietista-nutricionista cada 50.000 habitantes²⁴, aunque recientemente Canadá establece un cociente de 1 dietista-nutricionista cada 16.000-29.000 pacientes al año²⁵.

La Unión Europea, por su parte, fijó en 1970 los siguientes relaciones de dietistas-nutricionistas por cama hospitalaria: 1/40, 1/75 y 1/100-150 para las camas de especialidad, de agudos, y de larga y media estancia respectivamente²⁶.

A nivel hospitalario, la Organización Mundial de la Salud cifró, en la 10.^a Asamblea Mundial de la Salud de 1974, y reafirmó en 1982, que todos los hospitales regionales (de 600 a 800 camas) e interme-

dios (de 70 a 150 camas) debían contar con la presencia de dietistas-nutricionistas, y ello en una proporción aproximada de un dietista o nutricionista cada 50 pacientes²⁷.

Atendiendo al modelo de presencia de dietistas-nutricionistas en el sistema sanitario de países industrializados similares a España y atendiendo al Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios²⁸, y la Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos de dicho Real Decreto²⁹, la propuesta de incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud por parte de la AEDN y de los colegios profesionales se resume en la tabla 1.

Beneficio que obtendría la población al ofrecer dentro del Sistema Nacional de Salud las prestaciones sanitarias del dietista-nutricionista

La incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud, muy especialmente en atención primaria y especializada, supone ofrecer a los ciudadanos el acceso al profesional de la salud con la mejor cualificación académica para prestar servicios relacionados con la atención nutricional y dietética. Asimismo, esta incorporación contribuiría no sólo a la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población, sino que serviría para optimizar las inversiones en sanidad, mejorando así la relación coste-efectividad².

En la mayor parte de las ocasiones, los dietistas-nutricionistas sólo están disponibles en consulta particular de pago para un sector de élite de la sociedad². Sin embargo, son precisamente los grupos con menos ingresos los más proclives a tener unos hábitos alimentarios inadecuados, fumar, no realizar actividad física en su tiempo libre y tener sobrepeso, obesidad o hipertensión¹. Por lo tanto, no es de extrañar que expertos en salud pública, así como la Asociación Americana de Dietética, consideren que las actividades preventivas poblacionales no pueden ser solamente responsabilidad de entidades privadas^{2,4,30,31}.

Los beneficios que obtendrían los ciudadanos por la incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud pueden resumirse en tres grandes efectos positivos:

Reducción de enfermedades relacionadas con la nutrición

La alimentación saludable, la actividad física y la vida sin humo pueden prevenir el 70% de los accidentes cerebrovasculares, el 80% de las enfermedades cardíacas, el 90% de la diabetes mellitus tipo 2 y ayudar en la prevención de algunos tipos de cáncer^{7,13,32}.

Además, una significativa proporción de pacientes hospitalizados están desnutridos y muchos empeoran o se desnutren durante su ingreso hospitalario³³. En este sentido, Wretling ha afirmado que "la desnutrición en los pueblos es un signo de pobreza. La desnutrición en los hospitales es un signo de ignorancia"³⁴. Esta reflexión pone de manifiesto la situación de desnutrición presente en los hospitales debido, en parte, a la ausencia de profesionales cualificados y principalmente a la poca atención que se presta al estado nutricional de los

Tabla 1
Propuesta de incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud

Áreas de incorporación	AEDN y colegios profesionales
Atención primaria	1 dietista-nutricionista cada 50.000 tarjetas sanitarias
Atención especializada	Unidad U.11. Dietética y nutrición: 1 dietista-nutricionista cada 100 camas en calidad de integrante o responsable de la unidad Unidades asistenciales con enfermedades relacionadas con la dietética y nutrición: 1 dietista-nutricionista por unidad asistencial en calidad de integrante, siendo éstas: U.6. Alergología, U.7. Cardiología, U.9. Aparato Digestivo, U.10. Endocrinología, U.12. Geriátrica, U.14. Nefrología, U.15. Diálisis, U.19. Oncología, U.20. Pediatría, y U.69. Psiquiatría Servicio de alimentación del hospital (restauración hospitalaria): al menos 1 dietista-nutricionista en calidad de responsable del servicio de alimentación
Salud pública y preventiva	1 dietista-nutricionista cada 500.000 habitantes

pacientes al ingreso, durante la hospitalización y al alta hospitalaria.

La Unión Europea ha afrontado la situación en las Recomendaciones del Consejo de Europa (ResAP 2003) sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales³. Dicha resolución recoge elementos de obligada consideración sobre la valoración nutricional, la identificación y prevención de las causas de la desnutrición, el soporte nutricional, la alimentación convencional y la alimentación artificial. En sus recomendaciones en cuanto a desnutrición hospitalaria, se recomienda en el punto 2.3.VI que la formación universitaria de dietistas generales y clínicos a escala nacional deberá alcanzar el nivel mayor posible a fin de permitir que todos los dietistas europeos desempeñen un papel más relevante en la atención y el soporte nutricionales³.

Reducción de las listas de espera

Actualmente, hay consenso general entre los profesionales de la salud sobre la limitación del Sistema Nacional de Salud en cuanto a prestaciones sanitarias relacionadas con nutrición y dietética en personas sanas y enfermas. Resulta complejo establecer una media de tiempo de espera para poder acceder a la prestación sanitaria de prevención o tratamiento de enfermedades relacionadas con la nutrición. Un ejemplo actual es la lista de espera de al menos 4 meses hasta 2 años para las consultas de obesidad en atención especializada.

Por otra parte, cabe destacar el papel proactivo de algunas asociaciones de enfermos crónicos a la hora de incorporar a sus plantillas la figura del dietista-nutricionista, con el objetivo de ofrecer sus servicios al colectivo de enfermos ante la carencia del Sistema Nacional de Salud para cubrir sus necesidades específicas en terapia nutricional.

Asociaciones como ALCER (Asociación para la Lucha contra las Enfermedades Renales), FHOEMO (Fundación Hispana de Enfermedades Metabólicas Óseas) y la FACE (Federación de Asociaciones de Celíacos de España) asumen y costean en la actualidad los servicios de consulta de dietética y nutrición de forma gratuita para los pacientes asociados, que son los principales interesados en la incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud.

Asistencia sanitaria pública a toda la población española en condiciones de igualdad efectiva

La incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud contribuiría a que se cumpla la Ley General de Sanidad de 1986³⁵, que considera una prioridad la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, extendiendo la asistencia sanitaria pública a toda la población española en condiciones de igualdad efectiva, en coincidencia con la política sanitaria de la OMS para Europa^{1,8}. Dicha ley recoge aspectos relacionados con la alimentación; sin embargo, ni ella ni las normas que la desarrollan definen específicamente la aplicación de los conocimientos dietético-nutricionales en la promoción de la salud ni en la prevención de las enfermedades. Así, el Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, que detalla las prestaciones que garantiza el Sistema Nacional de Salud, no incluye la prestación de servicios dietético-nutricionales por parte de personal cualificado y especializado³⁶. El 16 de septiembre de 2006 se publicó en el BOE el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización³⁷, donde se recoge la incorporación de nuevas prestaciones y servicios al ciudadano, en las diversas áreas del sistema sanitario, incidiendo especialmente en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, incorporando el cribado y tratamiento de la obesidad.

Actualmente, en el sistema sanitario hay un creciente colectivo de profesionales cualificados y especializados en nutrición aplicada (formados en 18 universidades en las que se imparte actualmente la

Titulación Oficial en Nutrición Humana y Dietética) y, teniendo en cuenta el concepto anteriormente mencionado de "igualdad efectiva", resulta relevante destacar que hoy en día los profesionales mejor cualificados en esta materia no están disponibles en condiciones de igualdad para toda la población española, lo cual, inevitablemente, se traduce en un creciente sentimiento de frustración tanto para el colectivo de profesionales como para la población².

Beneficios que obtendría el Sistema Nacional de Salud a través de la incorporación del dietista-nutricionista

Coste sanitario de enfermedades relacionadas con la nutrición

Actualmente se dispone de suficientes datos para poder establecer el coste sanitario que suponen las enfermedades relacionadas con la nutrición. Así, en la actualidad un 10-15% de la población adulta padece diabetes, lo que supone un coste económico de un 5-10% del presupuesto sanitario. Según se prevé, en el año 2025 habrá 333 millones de diabéticos en el mundo, lo que supondría alcanzar un coste económico del 40% del total del presupuesto sanitario destinado a la población³⁸⁻⁴⁰.

En España, aproximadamente el 50% de la población entre 25 y 60 años presenta exceso de peso, que se reparte en un 39% con sobrepeso y un 15,5% con obesidad^{41,42}. Más preocupante aún es la situación en la infancia: en apenas dos décadas, en nuestro país hemos pasado del 5 al 16,1% de niños obesos (entre 6 y 12 años)^{41,42}. España es el tercer país de la Unión Europea, por detrás de Malta, con mayor porcentaje de niños obesos o con sobrepeso entre los 7 y los 11 años⁴³.

En Estados Unidos, los sistemas de adelgazamiento "mágicos" generan un gasto de unos 33.000 millones de dólares anuales⁴⁴. En España, se estima que, tan sólo en "productos milagro" (ineficaces) para adelgazar, se gastan anualmente unos 2.050 millones de euros⁴⁵.

Las enfermedades cardiovasculares suponen un 15% de los costes sanitarios totales y, en España en el año 2006 representaban un gasto total de 7.000 millones de euros/año⁴⁶. Sólo la enfermedad isquémica del corazón ocasiona un gasto sanitario anual de 1.949 millones de euros⁶.

En España, actualmente, el porcentaje del gasto total sanitario causado directamente por enfermedades relacionadas con la nutrición corresponde a enfermedades como la obesidad (52%), enfermedades cardiovasculares (15%), diabetes (7%), cáncer (6%), osteoporosis (3%) y otros (17%)¹⁰. Merece la pena resaltar que en España el coste económico de la obesidad supone el 7% del gasto sanitario, lo que se traduce en 2.500 millones de euros al año⁴¹.

Relación coste/beneficio de la incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud

La relación de estudio sobre el coste/beneficio que supone la incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud presenta grandes dificultades a la hora de cuantificar los beneficios directos (propia enfermedad), indirectos (complicaciones y enfermedades asociadas), beneficios tangibles (ahorros en materiales, medicamentos, etc.), otros beneficios (ahorro en tiempos de asistencia de otros profesionales, reducción de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, etc.) y, especialmente, los beneficios de la mejora de la salud y satisfacción de la población.

A estos efectos, es necesario analizar los sistemas de salud de países que incluyen la figura del dietista-nutricionista y estudiar las experiencias que han tenido a raíz de su integración en la oferta sanitaria pública.

Estados Unidos. Los pacientes tratados desde una unidad de soporte nutricional y dietético formada por un equipo de profesionales

sanitarios que incluye la presencia y, en muchos casos, el propio liderazgo en la unidad de un dietista-nutricionista presentaron⁴⁷ reducciones del 23% de la tasa de mortalidad, el 11,6% en las estancias hospitalarias, el 43% de la tasa de readmisión de pacientes, y el 50% de las complicaciones hospitalarias. Así, por cada dólar invertido en materiales y salarios (dietistas-nutricionistas incluidos) de las unidades de soporte nutricional y dietético se ahorraron 4,2 dólares al reducirse la mortalidad, la estancia hospitalaria, las complicaciones secundarias, etc.⁴⁷.

La revisión de 10 estudios indica que la relación coste/beneficio de los programas nutricionales son que, por cada dólar invertido, se han ahorrado entre 2,05 y 5,96 dólares⁴.

Japón. Tras la incorporación de dietistas-nutricionistas en sus hospitales a través de unidades de soporte nutricional y dietético se obtuvieron los siguientes beneficios⁴⁸: disminución de problemas relacionados con el tratamiento nutricional, disminución de sepsis por catéter, reducción del número de pacientes con ingesta inadecuada, prevención de úlceras por presión, práctica eliminación de infecciones nosocomiales, disminución en la estancia hospitalaria y reducción de costes de 1 millón de dólares por año.

Reino Unido. La atención a los pacientes ingresados desde una unidad de soporte de nutrición y dietética con dietistas-nutricionistas como agentes integrantes y líderes del equipo de soporte nutricional reveló⁴⁹: la disminución del 41% de las nutriciones parenterales innecesarias, sustituidas con alimentación normal o enteral nasoyeyunal; la reducción de la mortalidad de los pacientes que recibieron nutrición parenteral del 43 al 24% en 1 año; los grupos de soporte nutricional ahorraron en el gasto de nutrición parenteral alrededor de 54.500 euros el primer año.

Estudios de coste global. Diversos estudios señalan que la atención dietético-nutricional de los pacientes ingresados por equipos de recursos humanos donde está integrado el dietista-nutricionista reduce los días de hospitalización y, por lo tanto, supone un ahorro en el gasto sanitario. A continuación se detalla el ahorro en millones de euros/año⁵⁰⁻⁵²:

- Estudio Dinamarca: reducción de 4 días de hospitalización = ahorro de 67 millones de euros; reducción de todas las complicaciones = ahorro de 133 millones de euros.
- Estudio Gran Bretaña: reducción de 5 días de hospitalización = ahorro de 453 millones de euros.
- Estudio Estados Unidos: reducción de 1 día de hospitalización = ahorro de 1 millón de euros.

La Asociación Americana de Dietética afirmó en 2002, en un documento de postura, que la nutrición es uno de los tratamientos con mejor relación coste-efectividad. De tal modo que la promoción de estrategias que conduzcan a la población a realizar correctas selecciones alimentarias ahorraría miles de millones de dólares en costes directos e indirectos⁵.

Beneficios de la incorporación del dietista-nutricionista en atención primaria, atención especializada y salud pública

En la actualidad, la demanda de médicos es creciente en el Sistema Nacional de Salud español. Uno de los grandes motivos parece ser que es preciso disponer de un gran número de médicos para hacer funcionar el Sistema de Salud y que tenga un alto nivel de calidad. La incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud podría contribuir a descargar funciones asistenciales del personal médico y de enfermería relacionadas con la nutrición y dietética, tanto en atención primaria como en especializada. Además de poder rebajar la carga profesional, podría mejorarse la calidad asis-

tencial recibida por los ciudadanos y ciudadanas en materias de nutrición y dietética por parte de profesionales sanitarios formados específicamente para esta función.

Para conocer con más precisión de qué forma revertería positivamente la incorporación del y de la dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud, es conveniente estudiar por separado las tres grandes áreas de intervención: atención primaria, atención especializada y salud pública.

Atención primaria

La atención primaria es el nivel asistencial mejor ubicado para asumir la mayor parte de las actividades preventivas, incluido el consejo dietético-nutricional.

En Canadá, el 17,5% de los individuos que asisten a una Red de Salud Familiar (el equivalente a un Centro de Salud en España) requieren alguna actuación en materia de dietética y nutrición, estableciendo una tasa de asistencia a la población de 1 dietista-nutricionista cada 16.000-29.000 pacientes al año²⁵.

En este sentido, es relevante destacar que un estudio llevado a cabo con 250 médicos de asistencia primaria en España detectó que alrededor del 42% de sus pacientes requieren intervención dietético-nutricional⁵³.

Las funciones y labores profesionales que debe desempeñar el dietista-nutricionista de atención primaria son la consulta dietética, colaborar en el soporte nutricional domiciliario en las funciones que le son propias, proponer, diseñar, planificar y/o realizar programas de educación alimentaria-nutricional, así como elaborar el material de apoyo necesario para la adecuada atención al usuario, entre otras¹⁷.

La incorporación de 1 dietista-nutricionista cada 50.000 habitantes con tarjeta sanitaria cubriría las necesidades asistenciales de la población en materias de nutrición y dietética y favorecería la consecución de una atención primaria moderna y efectiva.

Atención especializada

La American Diabetes Association recomienda que los dietistas-nutricionistas con conocimientos y dominio de la terapia médico-nutricional sean los miembros del equipo de tratamiento que dirijan los cuidados nutricionales de los pacientes con diabetes⁵⁴.

La American Heart Association también indica que los dietistas-nutricionistas deberían ser responsables del equipo destinado al control de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad⁵⁵.

En España, la incorporación de los dietistas-nutricionistas en atención especializada u hospitalaria pasa por la inclusión del profesional en equipos multidisciplinarios de actuación desde los diferentes servicios del hospital.

Las funciones y labores profesionales que debe desempeñar el dietista-nutricionista de atención especializada se desarrollan desde la unidad de dietética y nutrición, las unidades asistenciales que precisen asistencia nutricional y dietética (oncología, cardiovascular, endocrinología, nefrología, pediatría, etc.) y las consultas externas del hospital y son, entre otras y de forma genérica, las siguientes¹⁷:

- Participar de forma general y especializada en la organización, el desarrollo y la evaluación de las actividades relacionadas con la dietética y la nutrición clínica del hospital.
- Elaborar estándares de actuación profesional en diferentes ámbitos clínicos y elaborar el manual de dietas del hospital.
- Atender las consultas externas de dietética y nutrición del hospital.
- Fomentar terapias grupales para las personas que estén en "riesgo nutricional".
- Intervenir en las distintas modalidades de soporte nutricional.

- Participar en las comisiones hospitalarias relacionadas con la alimentación, la nutrición y la dietética.
- Servir de enlace en la coordinación y relación de la unidad de nutrición clínica y dietética con el servicio de alimentación y la administración del hospital.

La incorporación de 1 dietista-nutricionista cada 100 camas de un hospital, así como la incorporación de 1 dietista-nutricionista en las unidades asistenciales de alergología, cardiología, aparato digestivo, endocrinología, geriatría, nefrología, diálisis, oncología, pediatría, psiquiatría y servicio de alimentación del hospital, cubre las necesidades asistenciales de la población en materias de nutrición y dietética y cubre las expectativas necesarias para conseguir una atención especializada moderna y eficiente.

Salud pública

La incorporación del dietista-nutricionista es imprescindible en los programas de prevención y promoción de la salud pública, dada la estrecha relación entre la alimentación y las enfermedades de mayor prevalencia¹.

Las funciones y labores profesionales que abordaría, entre otras, son formar parte de programas de nutrición comunitaria, realizar estudios de intervención y del estado nutricional, comunicación y educación sanitaria en alimentación y nutrición, y elaboración de guías alimentarias, protocolos de consenso, etc.¹⁷.

La alimentación es un factor determinante en la promoción de la salud y en la prevención de gran parte de las enfermedades más prevalentes. La actuación preventiva de los servicios de nutrición ha demostrado estar asociada a una reducción sustancial de la morbilidad en personas predispuestas a padecer dichas enfermedades. Estos hechos acentúan la necesidad de proporcionar a la población el acceso directo al profesional apropiado: el dietista-nutricionista^{2,23}.

La Asociación Americana de Dietética indica en una extensa revisión que los dietistas-nutricionistas son líderes en el manejo de los servicios preventivos tanto en el ámbito clínico como en el comunitario⁵⁶.

La incorporación de 1 dietista-nutricionista cada 500.000 habitantes cubriría las necesidades asistenciales de la población en materias de prevención de la salud a través de la alimentación y favorecería la consecución de una salud pública moderna y efectiva.

Realidad de la situación del y de la dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud

España es el único país de la Unión Europea que carece de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud. Además, pese a que se podría esperar que otros profesionales de la salud pudieran suplir las funciones del dietista-nutricionista, la realidad es que el Sistema Nacional de Salud carece de profesionales de la salud específicamente preparados para ello.

En un estudio realizado en hospitales públicos de Castilla y León se demostró que los profesionales sanitarios mostraban grandes carencias en el campo de la nutrición, siendo ellos mismos conscientes de esta situación. Se estudió un total de 12 hospitales, de los cuales reconocieron disponer de una unidad de dietética y nutrición estructurada sólo 5 (55,6%) de ellos, y no se cumplían en ninguno de ellos las necesidades de dietistas-nutricionistas establecidas por organismos nacionales e internacionales⁵⁷.

La falta de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud ha llevado a la aparición de situaciones irregulares que permiten al ciudadano acceder a las prestaciones sanitarias de un dietista-nutricionista. Así, esta situación irregular, promovida en parte por la propia clase médica que reclama la incorporación de los dietistas-nutricionistas, permite al ciudadano acceder al dietista-nutricionista de muy diversas formas.

Presencia de dietistas-nutricionistas en los Servicios de Salud de algunas comunidades autónomas

En la actualidad, sólo la Comunidad de Castilla-La Mancha ha convocado plazas del grupo B con Titulación en Nutrición Humana y Dietética; la Región de Murcia y las Comunidades del País Vasco y Cataluña disponen de bolsa de trabajo para dietistas-nutricionistas con plazas cero, y en la Comunidad de Illes Balears existen dietistas-nutricionistas ejercientes en el ámbito hospitalario dependientes del área de gerencia en el grupo B, sin que se hayan convocado plazas *ex profeso*, pero respondiendo a la demanda efectiva de este perfil.

Fondos privados de la industria farmacéutica. En muchos hospitales públicos, las prestaciones sanitarias de dietistas-nutricionistas se obtienen mediante la financiación de becas privadas otorgadas por laboratorios farmacéuticos y a petición de la propia clase médica que ejerce en unidades de dietética y nutrición o en unidades asistenciales de enfermedades relacionadas con la nutrición como la de endocrinología u oncología, entre otras.

Pliegos de condiciones de concursos públicos de adquisición del servicio de alimentación del hospital. En numerosos hospitales públicos donde los servicios de alimentación (cocinas) están privatizados, se exige en el pliego de condiciones la presencia de dietistas-nutricionistas en los equipos humanos de las empresas de *catering* que aspiran a explotar el servicio de alimentación del hospital.

Becas de trabajo para estudios que se desarrollan desde atención primaria y salud pública. En la actualidad existen comunidades autónomas que incluyen en sus centros de atención primaria las prestaciones sanitarias de un o una dietista-nutricionista gracias a la dotación económica de estudios científicos que se desarrollan en el ámbito de la atención primaria y la salud pública.

Contratación de dietistas-nutricionistas en asociaciones de pacientes. Las prestaciones sanitarias de dietistas-nutricionistas dirigidas a la población de forma gratuita desde asociaciones de pacientes con enfermedades relacionadas con la nutrición es una de las principales vías por las que la población accede a tratamientos dietéticos y nutricionales.

Conclusiones: propuesta de reforma del Sistema Nacional de Salud

La ausencia de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud, junto con la necesidad de resolver situaciones irregulares en la prestación de servicios propios de un dietista-nutricionista, precisa de una rápida y necesaria intervención de las autoridades sanitarias para que:

- Garanticen las condiciones de igualdad efectiva contempladas para el ciudadano en la Ley General de Sanidad de 1986³⁵ y se cumpla la ResAP (2003) 3 sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales³.
- Eviten privilegios asistenciales entre ciudadanos de distintas comunidades autónomas.
- Creen la categoría profesional de dietista-nutricionista para consolidar y regularizar la situación de los diplomados en Nutrición Humana y Dietética, con el fin de evitar realidades laborales injustas que provocan que numerosos dietistas-nutricionistas lleven años dentro del Sistema Nacional de Salud en condiciones laborales precarias y no regladas (sin derecho a bajas por enfermedad y sobre todo sin derecho a la cotización para una jubilación digna).
- Resuelvan la carencia de dietistas-nutricionistas en el Sistema Sanitario Público que tiene España respecto del resto de los países de la Unión Europea.

- Modernicen el Sistema Nacional de Salud a través de la incorporación de nuevas profesiones sanitarias previstas en LOPS¹⁵.
- La evidencia científica sobre la seguridad y la eficacia clínicas de la actuación de los dietistas-nutricionistas es amplia; su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades está bien documentada, y su trabajo, a la vez que abarata el gasto sanitario, evita el intrusismo, el sensacionalismo y los conceptos erróneos al respecto de la ciencia de la nutrición.

Con esta propuesta, el Sistema Nacional de Salud puede acercarse a las cifras recomendadas por la OMS y la UE de número de dietistas-nutricionistas necesarios para asegurar una asistencia adecuada y efectiva a las necesidades alimentarias y nutricionales de la población, consiguiendo así reducir el coste sanitario producido por el impacto de numerosas enfermedades crónicas que están relacionadas directamente con los hábitos alimentarios de la población.

Este documento fue presentado ante el Senado por el Presidente de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas, D. Giuseppe Russolillo Femeninas, en la Ponencia de estudio sobre las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud celebrada en el seno de la Comisión de Sanidad y Consumo el 30 de marzo de 2009.

Agradecimientos

El Presidente de la AEDN, en representación de todos los dietistas-nutricionistas de este país, desea agradecer públicamente el apoyo recibido por doña Ana Palencia, doña Isabel Polanco, doña Karin Hadell, doña Margarita Alonso, doña Marta Teruel, doña Sandra Capra, doña Silvia Escudé Blasi, don Alejandro Toledo, don Alfredo Martínez, don Antoni Colom, don Jesús Millán Núñez, don Joaquín Rey, don Jordi Salas, don José Antonio Mateos, don José Navas, don José Puzo y don Rafael Herrero.

A todos ellos gracias por su contribución a la profesión del dietista-nutricionista en España.

Bibliografía

- World Health Organization. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. WHO Technical Report Series 916. Geneva: WHO; 2003.
- Baladia E, Basulto J. Grupo de Revisión y Posicionamiento de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (GREP/AED-N). El dietista-nutricionista en atención primaria de salud. Act Diet. 2007;34:24-38.
- Consejo de Europa. Comité de Ministros. Resolución ResAP(2003)3 Aprobado por el Comité de Ministros el 12 de noviembre de 2003 durante la reunión número 860 de los representantes de los ministros. Sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales. 2003. Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/docs/docs/cadena_alimentaria/gestion_de_aspectos_nutricionales/cuaderno_nutricional_hospitales.pdf
- Hampl JS, Anderson JV, Mullis R. American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: the role of dietetics professionals in health promotion and disease prevention. J Am Diet Assoc. 2002;102:1680-7.
- Jarratt J, Mahaffie JB. Key trends affecting the dietetics profession and the American Dietetic Association. J Am Diet Assoc. 2002;102:S1821-39.
- The American Dietetic Association. Position of The American Dietetic Association: cost-effectiveness of medical nutrition therapy. J Am Diet Assoc. 1995;95:88-91.
- Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) [sede Web]. Siete de cada diez cánceres se pueden prevenir. Publicado en 2005. Actualizado el 29-10-2008. Disponible en: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Consejos+de+Salud/>
- The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponible en: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf
- World Health Organization. Food and health in Europe: a new basis for action. WHO Report. 2002.
- Eyre H, Kahn R, Robertson RM, Clark NG, Doyle C, Hong Y, et al; American Cancer Society; American Diabetes Association; American Heart Association. Preventing cancer, cardiovascular disease, and diabetes: a common agenda for the American Cancer Society, the American Diabetes Association, and the American Heart Association. Circulation. 2004;109:3244-55.
- Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Defunciones según la Causa de Muerte 2006. Datos publicados el 29 abril 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p417&file=inebase&L=06>
- Pomerleau J, McKee M, Lobstein T, Knai C. The burden of disease attributable to nutrition in Europe. Public Health Nutr. 2003;6:453-61.
- World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington: AICR; 2007.
- Real Decreto 433/1998, de 20 de marzo, se establece el título universitario oficial de Diplomado y Diplomada en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de éste. Boletín Oficial de Estado núm. 90. (15/04/1998) RD 1998/8912:12439-41. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1998/04/15/pdfs/A12439-12441.pdf>
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Boletín Oficial de Estado núm 280. (22/11/2003) Ley 2003/21340:41442-41458. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista. Boletín Oficial del Estado núm 73 (26/03/2009). Orden 2009/5037:29182-29186. Disponible en: <http://www.unav.es/farmacia/BOE.NHD.pdf>
- Conferencia de Consenso constituida por Representantes de la Universidades Españolas que imparten la titulación y la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AED-N). Perfil de las competencias del titulado universitario en nutrición humana y dietética. Documento de consenso; febrero de 2003. Disponible en: http://www.aedn.es/resources/751441Perfilprofesional_definitivo.pdf
- LEY FORAL 6/2004, de 9 de junio, de creación del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Navarra. Boletín Oficial del Estado núm 171 (16/07/2004). Ley 2004/13292:26030-26031. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/07/16/pdfs/A26030-26031.pdf>
- Ley 4/2007, de 28 de marzo, de creación del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de las Illes Balears. Boletín Oficial del Estado núm 101 (27/04/2007). Ley 2007/8714:18421-18422. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/04/27/pdfs/A18421-18422.pdf>
- Ley 5/2007, de 17 de diciembre, de creación del Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Aragón. Boletín Oficial del Estado núm 43 (19/02/2008). Ley 2008/2989:9136-9137. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/02/19/pdfs/A09136-09137.pdf>
- Ley 4/2008, de 12 de junio, de creación del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Castilla-La Mancha. Boletín Oficial del Estado núm 193 (11/08/2008). Ley 2008/13686:34112-34113. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/08/11/pdfs/A34112-34113.pdf#>
- Ley 14/2008, de 12 de diciembre, de Creación del Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas del País Vasco. Boletín Oficial del País Vasco núm 246 (24/12/2008). Ley 2008/7145:31949-31952. Disponible en: <http://www.boe.es/ccaa/bopv/2008/246/p31949-31952.pdf>
- Comisión de trabajo de la AED-N. Propuesta de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AED-N) para la incorporación efectiva del y de la dietista-nutricionista al Sistema Nacional de Salud. Material pendiente de publicación, aportada al Sando en forma de anexo.
- Dietitians of Canada. The role of the registered dietitian in primary health care: a national perspective. 2001 Disponible en: http://www.dietitians.ca/news/pdf/Role_of_RD_in_PHC_2004.pdf
- Witt J, Brauer P, Dietrich L, Davidson B. Estimation of human resource needs and cost of adding registered dietitians to primary care networks. Can J Diet Pract Res. 2006;Suppl:S30-8.
- Guy-Grand B. Alimentation en milieu hospitalier: rapport de mission a Monsieur le Ministre Chargé de la Santé. Paris: Ministère de la Santé; 1997. Disponible en: <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/974060600/0000.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS): 10.ª Asamblea Mundial de la Salud 1974; 29.ª Asamblea Mundial de la Salud 1976, resolución WHA29.72; 35 Asamblea Mundial de la Salud 1982, resolución WHA35.25. 1982.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm 254 (23/10/2003). RD 2003/19572:37893-37902. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/10/23/pdfs/A37893-37902.pdf>
- Orden SCO/1741/2006, de 29 de mayo, por la que se modifican los anexos del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Boletín Oficial del Estado núm 134 (06/06/2006). Orden 2006/9963:21240-21241. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/06/06/pdfs/A21240-21241.pdf>
- Gordon RL, Baker EL, Roper WL, Omenn GS. Prevention and the reforming U.S. health care system: changing roles and responsibilities for public health. Annu Rev Public Health. 1996;17:489-509.
- SESPAS. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe SESPAS 2000. Escuela Andaluza de Salud Pública - SESPAS 2000.
- Willett WC. The Mediterranean diet: science and practice. Public Health Nutr. 2006;9:105-10.
- Hickson M, Fearnley L, Thomas J, Evans S. Does a new steam meal catering system meet patient requirements in hospital? J Hum Nutr Diet. 2007;20:476-85.
- Barreto J, Santana S, Martínez C, Espinosa A, Reyes A. Ayuda alimentaria nutricional y costos. Acta Médica. 2003;11:26-37.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado núm 102 (29/04/1986). Ley 1986/10499:15207-15224. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado núm 35 (10/02/1995). RD

- 1995/3554:4538-4543. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1995/02/10/pdfs/A04538-04543.pdf>
37. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado núm 222 de (16/9/2006). RD 2006/16212:32650-32679. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
 38. Jano.es [sede Web]. Noticias: En 2025 habrá 333 millones de diabéticos en el mundo (25-3-2008). Disponible en: http://www.jano.es/jano/ctl_servlet?_f=11&iditem=2080&idtabla=1
 39. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. 1998;21:1414-31.
 40. Federación Española de Diabetes y de la Sociedad Española de Diabetes, Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Epidemiológico de la Diabetes en España [citado 2 Feb 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin7/diabetes.pdf>
 41. Salas-Salvado J, Rubio MA, Barbany M, Moreno B, Grupo Colaborativo de la SEEDO. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:184-96.
 42. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) [sede Web]. Noticias: Sanidad pone en marcha una campaña para prevenir la obesidad infantil y fomentar entre los jóvenes buenos hábitos de alimentación y la práctica de ejercicio físico (10-12-2004). AESAN. España. Disponible en: http://www.aesan.msc.es/AESAN/web/notas_prensa/prevenir_obesidad_infantil.shtml
 43. International Obesity Task Force, European Association for the Study of Obesity. EU Platform on Diet, Physical Activity and Health. EU Platform Briefing Paper. Brussels; 2005. Disponible en: <http://www.ietf.org/media/euobesity3.pdf>
 44. The American Dietetic Association. Position of The American Dietetic Association: cost-effectiveness of medical nutrition therapy. *J Am Diet Assoc*. 1995;95:88-91.
 - 45- Jano on line. La Agencia Española del Medicamento ha retirado unos 300 "productos milagro" desde principios de año (11-5-2004) [citado 6 Abr 2005]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=32789>
 46. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, Petersen S, Rayner M. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J*. 2006;27:1610-9.
 47. Hassell JT, Games AD, Shaffer B, Harkins LE. Nutrition support team management of enterally fed patients in a community hospital is cost-beneficial. *J Am Diet Assoc*. 1994;94:993-8.
 48. Higashiguchi T. The roles of a nutrition support team. *Nippon Geka Gakkai Zasshi*. 2004;105:206-12.
 49. Kennedy JF, Nightingale JM. Cost savings of an adult hospital nutrition support team. *Nutrition*. 2005;21:1127-33.
 50. August DA. Creation of a specialised nutrition support outcome research consortium; if not now, when? *JPEN*. 1996;20:394-400.
 51. Wise J. Patients go hungry in british hospitals. *BMJ*. 1997;314:399-401.
 52. Davis AM, Bristow A. Managing nutrition in hospital. Nuffield Trust. 1999;8.
 53. Flores S, Garcia-Lorda P, Munne C, Salas-Salvado J. Training in dietetics and nutrition from the point of view of the primary care physician. *Nutr Hosp*. 2000;15:45-50.
 54. Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, Franz MJ, et al; American Diabetes Association. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2008;31 Suppl 1:S61-78.
 55. American Heart Association (AHA). American Heart Association guidelines for weight management programs for healthy adults. AHA Nutrition Committee. *Heart Dis Stroke*. 1994;3:221-8.
 56. Stitzel KF; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: the roles of registered dietitians and dietetic technicians, registered in health promotion and disease prevention. *J Am Diet Assoc*. 2006;106:1875-84.
 57. De Luis DA, Ballesteros M, Cano I, et al. Situación de la nutrición clínica en la red de hospitales públicos de Castilla y León. *Nutr Hosp*. 2006;21:357-61.