



EL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Declaración de postura

La postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas es que el profesional mejor cualificado para prestar servicios relacionados con la nutrición y la dietética en el marco de la Atención Primaria, es el dietista-nutricionista. La inclusión del dietista-nutricionista en esta área contribuirá no sólo a la mejora de la salud de la población, sino que servirá para optimizar las inversiones en sanidad, mejorando así la relación coste-efectividad.

Position statement

The Spanish Dietitians-Nutritionists Association's posture is that the best qualified professional to provide services related to nutrition and dietetics within the framework of the Primary Care is the nutritionist/dietitian. The incorporation of the nutritionist/dietitian in this area will contribute not only to population health improvement, but it will be useful in optimizing health investments, thus improving cost-effectiveness/benefit.

Resumen

El presente documento tiene como objetivo justificar la introducción del dietista-nutricionista en Atención Primaria. Los datos disponibles indican, por una parte, que la labor de dicho profesional beneficia la salud individual y colectiva, ejerce un papel clave en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades crónicas más prevalentes, evita el intrusismo y la multiplicación de aficionados y organizaciones o individuos con planteamientos paracientíficos o acientíficos, abarata el gasto sanitario y defiende los intereses de la ciudadanía. Por otra parte, el perfil alimentario en España evidencia un desequilibrio en macro y micronutrientes, hecho que otorga peso a la necesidad de una mayor presencia de expertos en alimentación en Atención Primaria.

Summary

The current document's objective is to justify the introduction of the Dietitian-Nutritionist professional at Primary Attention Centers. On one hand the available data shows that the work of such a professional benefits the individual and collective health, plays a key role in the promotion, prevention, treatment and rehabilitation of the most prevalent chronic diseases, avoids the intrusion and multiplication of want to be individuals and organizations as well as people with para scientific or non scientific proposals, reduces public health costs and defends the citizenship interests. On the other hand, the alimentation profile in Spain shows an imbalance in macro and micronutrients, which gives weight to the need of having experts in alimentation present at the Primary Attention Centers.



1. INTRODUCCIÓN

1.1 ANTECEDENTES

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 promoción frente a la curación. Es por ello que la meta principal de las políticas de salud debería encaminarse a disminuir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones. Una importante estrategia para alcanzar dicha meta consiste en focalizar los esfuerzos en la mejora del sistema de Atención Primaria de Salud (1;2).

Actualmente, los mecanismos de los procesos de muchas enfermedades crónicas están más claros y las intervenciones para modificar su impacto han mostrado reducir el riesgo de padecer dichas enfermedades. Asimismo, existe suficiente evidencia epidemiológica para poder determinar, por un lado, los factores de riesgo de las enfermedades más prevalentes, y por otro lado los componentes *dietéticos* que incrementan la probabilidad de padecer dichas enfermedades (3).

Es por ello que en muchos países, los Sistemas de Salud incluyen la figura del dietista-nutricionista como agente líder encargado del manejo de los aspectos dietético-nutricionales de la población, para promover la salud y prevenir las enfermedades (4-7).

1.2 SITUACIÓN DE LA NUTRICIÓN HUMANA Y DIETÉTICA EN LA POLÍTICA SANITARIA

1.2.1. Situación en Europa

En Europa, el dietista-nutricionista es una figura ampliamente reconocida y dispone de una larga historia en el ejercicio de su profesión. En algunos países como Reino Unido, Holanda o Italia, disfruta de una protección desde el propio Estado, que regula a través de registros de profesionales sanitarios. En la mayor parte de los países miembros de la Comunidad Europea existe una corporación de derecho público que regula la actividad de los dietistas-nutricionistas, garantizando a la sociedad una atención sanitaria de calidad científica y asistencial.

Resulta relevante destacar que los dietistas-nutricionistas pueden ejercer su profesión libremente en Europa, sin existir limitaciones u obstáculos, siempre y cuando la titulación que les habilite para el ejercicio de su profesión sea de carácter universitario.

Recientemente, el Consejo de Europa ha aprobado la Resolución ResAP(2003)3 sobre Alimentación y Atención Nutricional en Hospitales, aprobada por el Comité de Ministros el 12 de Noviembre de 2003. Dicha resolución recoge elementos de obligada consideración sobre la valoración nutricional, la identificación y prevención de las causas de la malnutrición, el soporte nutricional, la alimentación convencional y la alimentación artificial. Pese a que en este documento se especifica que el dietista debe formar parte del equipo de atención nutricional hospitalaria, España no tiene dicho profesional en la mayor parte de sus hospitales. En sus recomendaciones en cuanto a malnutrición hospitalaria, se recomienda en el punto 2.3.VI que la formación universitaria de dietistas generales y clínicos a nivel 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 nutricionales (6).

En este sentido, la profesión del dietista-nutricionista es en la mayor parte de los países de carácter universitario y actualmente se va a converger a una titulación europea de Grado Universitario Superior, llamada “propuesta de grado”. El proceso de Convergencia Europea pretende facilitar la libre circulación de estudiantes y profesionales y regular el Espacio Europeo de Educación Superior. Hoy, el Sistema de Educación Universitario en España ya se ha preparado para recibir las propuestas de grado y postgrado mediante la publicación del Real Decreto 55/2005, de 21 de Enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado (8).

El proceso de Convergencia Europea, tutelado desde el Ministerio de Educación y Ciencia junto con la recientemente constituida “Conferencia Española de Decanos y Directores de Centros que imparten la Titulación de Nutrición Humana y Dietética”, dispone de un marco legal establecido que defiende los intereses de dichos estudios y garantizará un alto nivel de formación técnica, científica y sanitaria del dietista-nutricionista desde la Universidad.

1.2.2. Situación en España

En el Real Decreto 433/1998, de 20 de marzo, se establece el título universitario oficial de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel (9).

Ante una pregunta escrita al Congreso de los Diputados 184/018528, con fecha 23 de julio de 1998, realizada por doña María Jesús Aramburu del Río, en la que se preguntaban los motivos por los que el Consejo de Ministros aprobó el 20-3-98 la Diplomatura en Nutrición Humana y Dietética, el Gobierno respondió: “la Diplomatura en



Nutrición Humana y Dietética ha sido aprobada por el Gobierno por varias razones principales: [...] b) Por el hecho de que la actividad de este profesional está reconocida y se ejerce en todos los países de nuestro ámbito europeo, así como en el resto de los países desarrollados. El nivel de formación exigido, con algunas variantes, es en general universitario (tres, cuatro o cinco años) y en países donde la nutrición es puntera (Reino Unido, USA y Holanda) estos estudios son universitarios de larga duración (cuatro o cinco años), con capacidad de acceso al grado de Doctor” (10).

La ley general de sanidad de 1986, como regulación básica de carácter estatal, 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, coincidiendo con la política sanitaria de la OMS para Europa (1;2). 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 especializado** (11).

Pese a que en Murcia, Islas Baleares y provincia de Castellón se han convocado bolsas de trabajo para la selección del personal que pase a formar parte de la categoría de Nutrición Humana y Dietética, a día de hoy no se han creado plazas públicas para dotar de funcionalidad a dichas bolsas de trabajo (12-15).

Actualmente, ya que la figura del dietista-nutricionista en la Administración Pública Sanitaria no existe, el personal médico y de enfermería se ve obligado a prestar, a menudo sin suficientes conocimientos al respecto, los servicios dietético-nutricionales. Tal y como se comentará en el punto 4 del presente documento, denominado “Terapia nutricional médica: imprescindible pero insuficiente”, las aptitudes de estos profesionales al respecto de dichos servicios son, en muchas ocasiones, insuficientes.

Existiendo actualmente en el sistema sanitario un creciente colectivo de profesionales cualificados y especializados en nutrición aplicada (formados en cualquiera de las 16 universidades en que se imparte actualmente la Diplomatura 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 son accesibles en condiciones de igualdad por parte de la población española**, lo cual, inevitablemente, se traduce en un creciente sentimiento de frustración tanto para el colectivo de profesionales, como para la población.

En la mayor parte de ocasiones, los dietistas-nutricionistas sólo son accesibles a través de la consulta particular, de

pago, por parte de la élite política y económica. Sin embargo, son precisamente los grupos con menos ingresos los más proclives a tener una mala alimentación, a fumar, a no realizar actividad física en su tiempo libre, a ser obesos o a padecer hipertensión (4). No es de extrañar, por tanto, que una serie de expertos en salud pública, así como la Asociación Americana de Dietética, consideren que las actividades preventivas a nivel poblacional, no pueden ser responsabilidad de entidades privadas (4;16;17).

Ya que el médico de cabecera es la puerta de entrada de la población general al sistema sanitario, y dado que los profesionales sanitarios de este nivel asistencial conocen las características demográficas y sociales de la población que atienden, resulta esencial la integración de la figura del dietista-nutricionista dentro del Sistema Sanitario Español para que las patologías que se detecten a este nivel puedan ser derivadas a él por parte del médico responsable, igual que se hace con otras especialidades en un ámbito interdisciplinario.

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA ELABORACIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Anteriormente se ha comentado que el Sistema Nacional de Salud español no recoge, dentro de las prestaciones que garantiza, la actividad del colectivo de dietistas-nutricionistas. El Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, especifica que **no** se considerarán incluidas en las prestaciones sanitarias aquellas atenciones, actividades o servicios en los que concurra alguna de las siguientes circunstancias (11):

1. Que no exista suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas o que haya quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
2. Que no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de esperanza de vida, autovalimiento o disminución del dolor o sufrimiento.
3. Que se trate de meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte, mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales, u otros similares, sin perjuicio de su posible atención por los servicios sociales o de otra naturaleza.

El presente documento pretende demostrar que la introducción del dietista-nutricionista no sólo **no** incurre en dichas circunstancias, sino que la evidencia científica sobre la seguridad y eficacia clínicas de su actuación es amplia; su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades está bien documentada; y que 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.



Así pues, este documento se elabora con el objetivo de aportar evidencia científica que testifique de forma objetiva que la integración del dietista-nutricionista en el equipo interdisciplinario de Atención Primaria de Salud:

- beneficia la salud individual y colectiva,
- defiende los intereses de la ciudadanía,
- ejerce un papel clave en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas más prevalentes,
- evita el intrusismo y la multiplicación de aficionados y organizaciones o individuos con planteamientos paracientíficos o acientíficos,
- abarata el gasto sanitario, y
- no incurre en ninguna de las circunstancias descartables referente al Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero (11).

Recordemos que es en Atención Primaria donde suelen detectarse las enfermedades e iniciarse su terapéutica, motivo por el cual es esencial integrar la prevención y el tratamiento para poder mejorar el estado global de salud de la población (18).

2. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: CONCEPTO Y ELEMENTOS CLAVE

2.1 CONCEPTO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Pese a que hay muchas definiciones de Atención Primaria de Salud, probablemente la más reconocida es la de la OMS, en el punto 6 de la declaración de Alma Ata:

“La Atención Primaria de Salud es el cuidado esencial de la salud, basado en tecnologías y métodos prácticos, científicos, sólidos y socialmente aceptados, que sea universalmente accesible para individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación y a un coste que la comunidad y el país pueda permitirse, para mantener (en cada estado de su desarrollo) el espíritu de responsabilidad y auto-determinación.

La Atención Primaria de Salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del Sistema Nacional de Salud con los individuos, la familia y la comunidad acercando el sistema de salud lo más posible allí donde viva y trabaje la población, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de cuidado de la salud.”

Uno de los objetivos de dicha declaración es la preeminencia de la Atención Primaria frente a la visión curativo-hospitalaria (19).

2.2 ELEMENTOS CLAVE

Tal como afirma la Asociación de dietistas de Canadá, junto con otras organizaciones, los elementos clave del sistema de Atención Primaria de Salud deberían ser (20-24):

1. Aplicación de un enfoque de salud poblacional que se aleje de la orientación individual, distinguiéndose por tanto del modelo tradicional del cuidado de la salud.
2. Acceso a un amplio rango de servicios de Atención Primaria de Salud, mediante el mejor profesional disponible de dichos servicios.
3. Coordinación y continuidad entre profesionales, a lo largo del ciclo vital y a través de todos los sectores que influyen sobre la salud.
4. Práctica interdisciplinaria mediante un grupo formado por diversos profesionales de la salud en base a las necesidades de la comunidad.
5. Asequibilidad, unida a una buena relación coste-efectividad.

3. LA NUTRICIÓN COMO FACTOR DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES

3.1 RIESGOS PARA LA SALUD A NIVEL MUNDIAL, CON REFERENCIA A LOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN (OMS)

Los diez riesgos que más perjudican a la salud, según la Organización Mundial de la Salud son:

1. las prácticas sexuales sin protección,
2. **la hipertensión,**
3. el tabaco,
4. **el alcohol,**
5. las deficiencias en agua y los saneamientos,
6. **el colesterol elevado,**
7. los humos de combustibles sólidos en ambientes interiores,
8. **la deficiencia de hierro,**
9. **la obesidad y**
10. **el sobrepeso**

Estos factores causan el 40% de los 56 millones de fallecimientos que se registran cada año en el mundo, según la OMS. En negrita se han destacado los relacionados **directamente** con la alimentación, seis de los diez (25).



3.2 ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN A NIVEL MUNDIAL

Las enfermedades relacionadas con la alimentación son responsables de uno de cada seis episodios de los procesos tratados en Atención Primaria, según indica una revisión del Dr. Entrala Bueno (26) y una reciente revisión publicada en la revista *American Journal of Clinical Nutrition* (27).

Según la OMS (3), las enfermedades más comunes relacionadas con la nutrición, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, son:

1. la obesidad,
2. la diabetes,
3. las enfermedades cardiovasculares,
4. el cáncer,
5. la osteoporosis y
6. las enfermedades dentales.

La enfermedad cardiovascular, el cáncer y la diabetes tipo 2, claramente relacionadas con la alimentación, son responsables de 2 de cada 3 muertes en Estados Unidos, según las asociaciones americanas del cáncer, de la diabetes y del corazón (28).

Los factores dietéticos son responsables del 30% de los cánceres en países industrializados (3). Según la Asociación Española Contra el Cáncer, siete de cada diez cánceres se pueden evitar con una vida saludable que incluya una alimentación adecuada. Estadísticamente hablando, esto se traduce en que, aproximadamente, un tercio de las muertes que ocurren por cáncer en nuestro país, son debidas a factores dietéticos (29).

Para concluir, cabe destacar que uno de los mensajes de la Asociación de Cirujanos Generales de los Estados Unidos es el siguiente “si estás entre los dos de cada tres americanos que no fuma o bebe en exceso, los factores dietéticos pueden afectar a tu salud a largo plazo más que cualquier otra acción” (30).

3.3 PROBLEMAS DE SALUD EN ESPAÑA, CON REFERENCIA A LOS RELACIONADOS CON LA ALIMENTACIÓN

Según un estudio publicado en 2001 en *Atención Primaria*, los ocho principales problemas de salud percibidos por los españoles, (sin que se perciban diferencias significativas entre hombres y mujeres) son:

1. Alteraciones del aparato locomotor (22,10%)
2. **Hipertensión arterial** (14,74%)
3. **Diabetes** (13,14%)
4. **Enfermedades cardiovasculares** (varices, corazón, cerebrovasculares, etc.) (11,05%)

5. Problemas de salud mental (demencias, depresión, nervios, etc.) (8,42%)
6. Adicciones (tabaco, **alcohol**, drogas, etc.) (4,93%)
7. **Colesterol** (4,20%)
8. Otros (21,05%)

En negrita se han destacado los relacionados **directamente** con la alimentación, cuatro de los ocho (31). En este sentido, es relevante destacar que un estudio llevado a cabo con 250 médicos de Asistencia Primaria detectó que alrededor del 42% de sus pacientes requiere intervención dietético-nutricional (32).

El perfil alimentario actual en España evidencia una carencia en el consumo de alimentos vegetales, particularmente cereales integrales y legumbres (33), recomendándose un mayor consumo de verduras y frutas frescas (34;35), así como mejorar el patrón de consumo alimentario alrededor del 50% de la población española, especialmente en mujeres en edad fértil, embarazadas y posmenopáusicas, niños en épocas de rápido crecimiento y desarrollo, fumadores y bebedores habituales y ancianos con problemas sanitarios o sociales (36).

Los hábitos dietéticos de los niños y adolescentes españoles son, en general, deficientes con un escaso consumo de frutas, verduras, pescado y legumbres, como queda reflejado en el estudio ENKID, que evaluó a 3.534 personas de entre 2 y 24 años (37).

El estatus vitamínico de la población española, según un reciente meta-análisis, refleja que debería aumentar la ingesta de vitaminas B2, B6, A, E, D y folatos (38). Los objetivos nutricionales para la población española resaltan que debe incrementarse la ingesta de yodo, calcio y flúor. Lo mismo sucede con la fibra dietética, los ácidos grasos omega-3 y los hidratos de carbono totales (39).

3.4 PROMOCIÓN DE LA SALUD MEDIANTE LA ALIMENTACIÓN

Son muchos los factores nutricionales relacionados con la salud. Al menos 2,7 millones de muertes al año se deben a un bajo consumo de frutas y verduras, según datos de la OMS. Dicha organización estima que a nivel mundial, la baja ingesta de frutas y verduras causa aproximadamente:

- un 19% de los cánceres gastrointestinales,
- un 31% de las cardiopatías isquémicas y
- un 11% de los ictus.

Una ingesta de un mínimo de 400 gramos de frutas y verduras al día (que no incluiría a las patatas) previene (25;40).

- la enfermedad cardiovascular,
- el cáncer,
- la diabetes tipo 2 y



- la obesidad (a excepción de los zumos de fruta)¹.

Otros alimentos, además de las frutas y las verduras, ejercen potentes acciones preventivas sobre las enfermedades que puede padecer la población, aumentando de esta manera la salud poblacional: las legumbres, los frutos secos y los cereales integrales son una muestra (41). La Organización Mundial de la Salud, por ejemplo, recomienda a los países que den prioridad intervenciones como la reducción de la sal de las comidas, la disminución de las grasas de la dieta y la promoción del consumo de fruta y verdura (25).

No obstante, el equilibrio, la variedad, suficiencia, seguridad y satisfacción, deben ser los pilares básicos de una alimentación saludable, ya que son los aspectos clave en la prevención de las enfermedades relacionadas con la dieta (42).

Uno de los programas más destacados para promocionar la salud desde un enfoque nutricional es la campaña “5 al día”, implementada en 25 países y apoyada por organismos internacionales como la FAO y la OMS (43). En 2003, el Ministerio de Sanidad y Consumo español, por su parte, fijó como objetivos para prevenir la cardiopatía isquémica (44):

- Aumentar a un 60% o más el porcentaje de población que incorpora cinco o más raciones al día para el conjunto de frutas, verduras y hortalizas en los próximos 5 años.
- Reducir en un 3% la energía aportada por las grasas, principalmente a partir de las grasas saturadas y grasas trans, en los próximos 5 años.
- Reducir el consumo de sal en los próximos 5 años.

La alimentación es, así pues, el factor **determinante** de la promoción de la salud y de la prevención de gran parte de las enfermedades más prevalentes (4;25;40). La actuación preventiva de los servicios de nutrición ha demostrado estar asociada a una reducción sustancial de la morbi-mortalidad en personas predispuestas a padecer dichas enfermedades (45). Estos hechos acentúan la necesidad de proporcionar a la población el acceso directo al profesional apropiado: el dietista-nutricionista (46).

4. TERAPIA NUTRICIONAL MÉDICA: IMPRESCINDIBLE PERO INSUFICIENTE

Cabe distinguir, tal como señala la Asociación Americana de Dietética, entre *Proceso de Cuidado Nutricional* y *Terapia Nutricional Médica*. El *Proceso de Cuidado Nutricional* es un conjunto amplio de acciones que requiere conocimientos detallados de: composición de los alimentos (contenido en nutrientes y no nutrientes), valoración del estado nutricional, nutrición y dietética a lo largo del ciclo vital y su aplicación tanto en la salud como en la

enfermedad. La *Terapia Nutricional Médica* es, sin embargo, una parte no menos importante del *Proceso de Cuidado Nutricional* que dedica sus esfuerzos al tratamiento terapéutico nutricional cuando ya existe enfermedad o el individuo está en alto riesgo de padecerla (46).

Según el Doctor Alfredo Entrala Bueno, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid, el médico de Atención Primaria es capaz de priorizar cuáles son los problemas metabólicos más importantes para personalizar los mensajes a su población (*Terapia Nutricional Médica*). Sin embargo, indica que los estudios muestran que tiene insuficientes conocimientos y habilidades en nutrición y dietética, así como en consejo dietético y dietoterapia aplicada (*Proceso de Cuidado Nutricional*) (26). En este sentido, un estudio realizado con 250 médicos de atención primaria, valoró sus conocimientos en cuestiones de nutrición y dietética, y concluyó que la mayoría no se consideraba capaz de abordar el seguimiento dietético por falta de formación y tiempo de dedicación (32).

Ana María Requejo, Catedrática de Nutrición y Rosa María Ortega, profesora titular de Nutrición, ambas de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, consideran, asimismo, que no debe asumirse que la nutrición es algo básico y elemental que todos los profesionales sanitarios dominan (47).

Un ejemplo de ello lo muestra el Ministerio de Sanidad y Consumo español, que indica que no se le presta la importancia adecuada a la educación sobre dieta y otras medidas higiénicas durante el ingreso de los pacientes afectados de cardiopatía isquémica (44).

Muchos médicos de familia consideran difícil el consejo dietético a sus pacientes. La relación entre enfermedad y nutrientes, y entre nutrientes y alimentos es difícil, y a veces no resulta cómoda de explicar a los pacientes (27).

Esta situación es debida, en gran medida, a la escasa formación académica en nutrición tanto durante la licenciatura como durante la formación de postgrado de medicina. Tal como se menciona en el libro “Nutrición en atención primaria”, mientras que en el programa de formación de la especialidad de los especialistas en medicina familiar y comunitaria, la enseñanza nutricional se contempla a nivel teórico (existe un programa nutricional dentro del programa de salud comunitaria, que sigue las directrices de la *American Academy of Family Physicians* y de la *American Dietetic Association*), en la práctica, este programa no se aplica ya sea por su desconocimiento o por infravalorarse, tanto por parte de los tutores como por parte de los médicos en formación, que creen que el consejo nutricional es tarea exclusiva de la enfermería (48).

Las dificultades que impiden una adecuada valoración y tratamiento nutricional de los pacientes en atención primaria se pueden dividir según sean debidas a los profesionales, al sistema sanitario o al paciente (48).

¹ La ingesta de zumos de fruta se considera que promueve la ganancia de peso y la obesidad (3).



- Dificultades relativas a los profesionales sanitarios
 - Escasos conocimientos en nutrición
 - Interés personal por la nutrición
 - Percepción deficiente de la eficacia sobre la actuación nutricional
 - Confianza en la habilidad personal para dar consejo
 - Falta de motivación
 - Ausencia de incentivos
- Dificultades relativas al sistema sanitario
 - Carencia en la enseñanza de la nutrición (a excepción de las especialidades específicamente nutricionales)
 - Falta de tiempo
 - Insuficiente cobertura
 - Falta de recursos materiales
- Dificultades relativas al paciente
 - Mala relación médico-paciente
 - Falta de confianza en el consejo médico, principalmente en las actividades preventivas
 - Barreras culturales entre el profesional sanitario y el paciente
 - Satisfacción con la dieta habitual y actitud conservadora en sus hábitos alimentarios
 - Falta de conocimiento del papel preventivo de la nutrición

Una de las dificultades reseñadas, la relativa a la falta de tiempo, queda reflejada en el hecho de que el tiempo medio de consulta por paciente es de cinco minutos, según las sociedades científicas de atención primaria Semfyc y Semergen, y la Confederación Estatal de Sindicato Médicos (CESM) (49).

El consejo nutricional no debería ser visto como una única sesión en la que debe resolverse todo, sino como un proceso dinámico que se mantenga el tiempo necesario como para conocer correctamente al paciente y a su enfermedad y poder, por tanto, ofrecerle la información necesaria, actualizada y adecuada a su situación (27).

Por último la efectividad del consejo e intervención dietética en Atención Primaria depende de: la medida en que el consejo dietético es adecuado a la situación del paciente, del conocimiento que el profesional tenga de la materia y de su capacidad para transmitir la información, de la receptividad del paciente hacia el consejo dietético y de la disponibilidad de medios para la intervención dietética en el local (50).

En el contexto de la intervención dietética hospitalaria en España, donde predomina la *Terapia Nutricional Médica* frente al *Proceso de Cuidado Nutricional* (ver punto 4 del presente documento), cabe destacar que, según datos reflejados en el “Libro Blanco de la Desnutrición Clínica en España”, presentado en noviembre de 2004, España carece de organización dietética en sus hospitales, lo cual conduce

a que más del 50% de las personas ingresadas en los hospitales españoles padezcan desnutrición clínica, incrementando así la morbi-mortalidad, así como el gasto sanitario asociado (51).

No se han encontrado estudios que muestren las aptitudes de los médicos hacia la nutrición en nuestro país. A pesar de ello, en 1997, en un centro de salud de Barcelona sobre el registro de los hábitos alimentarios en la historia clínica se observó que pese a que destaca un aceptable registro del hábito tabáquico y alcohólico, la mayor parte de registros no incluía datos sobre los hábitos alimentarios y el ejercicio físico. El peso y la talla sólo se comprobaron en un 50% de las historias clínicas, mientras que el Índice de Masa Corporal, constaba en menos del 20% de ellas (52).

Asimismo, destacamos que en el “Plan de Organización de las Unidades de Nutrición Clínica y Dietética”, documento elaborado por el Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) se recoge que la dotación de personal de una unidad de nutrición y dietética debe incluir al dietista (53). La prevalencia de malnutrición en poblaciones hospitalarias es un argumento decisivo que refuerza la necesidad de unidades de nutrición y dietética en las que el dietista-nutricionista forme parte del equipo interdisciplinar de las mismas. Sin embargo, se da la paradoja de que en España los dietistas no están contemplados en la escala laboral del Insalud ni en la mayor parte de los correspondientes organismos sanitarios de las Comunidades Autónomas. De este modo, cuando un hospital se plantea la necesidad de contratar un dietista, a menudo se ve imposibilitado para hacerlo o debe recurrir a subterfugios como becas, como la contratación mediante otras escalas profesionales o mediante terceros (empresas contratistas del servicio de cocina, usualmente) (53).

5. LA FIGURA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

5.1 DEFINICIÓN DE DIETISTA-NUTRICIONISTA

La ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, en su Título I “Del ejercicio de las profesiones sanitarias”, Artículo 7 “Diplomados sanitarios”, punto g, define a los dietistas-nutricionistas como los “diplomados 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, y de acuerdo con los principios de prevención y salud pública” (54).

Los representantes de las universidades españolas que imparten la titulación de Nutrición Humana y Dietética, junto con la Asociación Española de dietistas-nutricionistas afirmaron en 2003 que “un 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 Consenso, reconoce 5 ámbitos de actuación del dietista-nutricionista (55).

1. en el ámbito clínico y hospitalario
2. en salud pública y nutrición comunitaria
3. en restauración colectiva
4. en la industria alimentaria
5. en la investigación y la docencia.

Por su parte, la "Federación Europea de Asociaciones de Dietistas" (EFAD), a nivel europeo lo define como a "una persona con una cualificación reconocida de forma legal (en nutrición y dietética), que aplica la ciencia de la nutrición a la alimentación de grupos de personas e individuos, tanto en la salud como en la enfermedad" (56) y lo subdivide en tres categorías (57):

1. **dietista administrativo:** aquel dietista encargado del manejo de servicios de alimentación con responsabilidad para alimentar grupos de personas en la salud y la enfermedad, en una institución o una comunidad.
2. **dietista clínico:** aquel dietista encargado de la nutrición clínica y dietética con responsabilidad para la prevención dietética y el tratamiento de individuos de una institución o comunidad.
3. **dietista general:** aquel dietista encargado de la nutrición clínica y dietética y del manejo de servicios de alimentación con responsabilidades globales de ambos aspectos en una institución o comunidad.

El "U.S. Department of Labour Dictionary of Occupational Titles" (USA) indica que "El dietista es aquella persona que aplica los principios de la nutrición a la alimentación de individuos y grupos; planifica menús y dietas especiales; supervisa la presentación y servicios de las comidas; e instruye en los principios de la nutrición y en su aplicación en la selección de alimentos" (58).

5.2 COMPETENCIAS DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

Ante la indefinición, en la legislación española, del marco de actuación profesional de los dietistas-nutricionistas, los representantes de las universidades españolas que imparten la titulación de Nutrición Humana y Dietética, junto con la Asociación Española de dietistas-nutricionistas, definieron en un documento elaborado en 2003 el perfil de las competencias del titulado universitario en Nutrición Humana y Dietética (55).

Dicho documento enumera los ámbitos en los que el dietista-nutricionista ejerce sus funciones. Así, considera los siguientes espacios de actuación claramente definidos:

1. El ámbito clínico
2. La Atención Primaria de salud
3. El ámbito comunitario o de salud pública
4. La restauración colectiva
5. La industria
6. La docencia
7. La investigación

La Federación Europea de Asociaciones de dietistas, según un informe basado en encuestas a 21 asociaciones de dietistas europeas, enumera 30 posibles campos de actuación del dietista (57).

1. Valoración nutricional/ screening de individuos y grupos sanos
2. Traducción de la nutrición a alimentación o menús para grupos
3. Producción y distribución de planes alimentarios para cubrir las recomendaciones
4. Compra de alimentos
5. Desarrollo y medida de objetivos para servicios de alimentación y nutrición
6. Evaluación sensorial de productos alimentarios y nutricionales
7. Evaluación nutricional de individuos y grupos con problemas médicos
8. Decisión en un equipo de cuidado dietético-nutricional de personas con problemas médicos
9. Seguimiento de una prescripción dietética realizada por un doctor.
10. Implementación de programas de cuidado nutricional en personas con problemas médicos
11. Aconsejar/educar a los individuos y cuidadores.
12. Monitoreo/evaluación de resultados clínicos
13. Formar parte en conferencias de equipos interdisciplinarios acerca del tratamiento de pacientes/clientes
14. Derivar pacientes a otros profesionales de la salud
15. Planear actividades de promoción de la salud dentro de la comunidad
16. Participar en actividades de promoción de la salud de de la comunidad
17. Evaluar las actividades de promoción de la salud de de la comunidad
18. Planear la educación de grupos diana
19. Educar a grupos diana
20. Evaluar la educación de grupos diana
21. Desarrollo y revisión del material educativo para los grupos diana
22. Participar en mejoras de calidad, incluyendo la satisfacción de sistemas o pacientes
23. Operar cambios en la organización
24. Desarrollo de negocios y planes operacionales
25. Recolección y procesamiento de datos financieros
26. Recolección y procesamiento de otros datos de gerencia



27. Realizar funciones de marketing
28. Participar en funciones de recursos humanos
29. Gestionar recursos incluyendo la compra de equipos y diseño de unidades de trabajo
30. Gestionar los aspectos de seguridad y sanitarios relacionados con los alimentos y la nutrición

La tabla 1, en el anexo recoge más información: las tareas se clasifican en las tres categorías del dietista: dietista administrativo, dietista clínico y dietista general (ver apartado 5.1) y se indican los países que poseen dietistas ejerciendo dichas responsabilidades.

Según la Organización Mundial de la Salud, las áreas concretas de trabajo existentes para el dietista *en el marco de la institución hospitalaria* son (59):

1. Planificación dietética y atención dietética para individuos y grupos sanos, así como para sujetos enfermos.
2. Administración de programas de nutrición y dietética (planificación, organización, dirección, supervisión y evaluación).
3. La enseñanza y formación profesional universitaria, tanto para estudiantes de grado y graduados en las escuelas de nutrición y dietética, así como en las escuelas de medicina, enfermería, veterinaria, etc., como la capacitación en el servicio de personal profesional y auxiliar.
4. Investigaciones nutricionales en el medio hospitalario, de nutrición aplicada y en proyectos de educación.
5. Servicios consultivos en nutrición y dietética.

6. PAPEL DEL DIETISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

6.1 INTRODUCCIÓN

La alimentación se está convirtiendo en el mayor factor modificable de las enfermedades crónicas, incrementándose constantemente la evidencia científica que justifica la visión de que las alteraciones en la dieta ejercen potentes efectos, tanto positivos como negativos, en la salud a lo largo del ciclo vital. Los factores dietéticos no sólo influyen en la salud actual del individuo, sino que pueden determinar si dicho individuo desarrollará enfermedades como el cáncer, la enfermedad cardiovascular o la diabetes muchos años después (3).

Así pues, la promoción de unos hábitos alimentarios más sanos y la reducción de la obesidad, generarían, tal y como señala la Organización Mundial de la Salud, importantes beneficios sanitarios (1).

Sin embargo, la falta de suficientes interlocutores válidos ante la sociedad, la administración y los medios de comunicación, da pie al intrusismo y a la aparición de

aficionados y organizaciones o individuos con planteamientos para-científicos o acientíficos que se aprovechan de esta falta para desarrollar su actividad, poniendo en peligro la salud del desorientado ciudadano (60). Es por ello que una de las acciones incluida en el “Plan Integral de Cardiopatía Isquémica” del Ministerio de Sanidad y Consumo es el control de la publicidad engañosa e inductora de malos hábitos con respecto a alimentos y productos dietéticos, y a dietas «milagrosas», especialmente la dirigida a la población infantil (44). Es necesario partir de la base de que la nutrición es una ciencia y que hay que estudiarla.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las enfermedades crónicas se pueden prevenir o tratar mediante un juicioso abordaje dietético (25;40), y que el colectivo de dietistas-nutricionistas es el más específicamente cualificado para realizar dicho abordaje (46), **resulta de vital importancia integrar a dicho colectivo en los sistemas de Atención Primaria de Salud** (61).

La Atención Primaria es, en este sentido, el nivel asistencial mejor ubicado para asumir la mayor parte de las actividades preventivas, incluyendo el consejo nutricional (48). Un estudio llevado a cabo con 250 médicos de Asistencia Primaria detectó que alrededor del 42% de sus pacientes requiere intervención dietético-nutricional (32).

Pese a que aún no existe la figura del dietista-nutricionista en Atención Primaria, una experiencia piloto en España de la integración de un dietista-nutricionista en un centro de Asistencia Primaria, puso de manifiesto que dicha integración mejora la formación del profesional sanitario y presta una asistencia más especializada, que en un futuro disminuiría la derivación innecesaria a centros hospitalarios (62).

La sensibilización por parte de los responsables políticos es cada vez mayor. Un reflejo de ello lo muestra la *Estrategia Nacional para la Nutrición, la Actividad Física y Prevención de la Obesidad* (NAOS), que cuenta con el consejo de dietistas-nutricionistas para promocionar los hábitos saludables en Atención Primaria (63). Otro ejemplo lo brinda el Ministerio de Sanidad y Consumo, quien afirma, en el *Plan Integral de Cardiopatía Isquémica* que todos los pacientes afectados de cardiopatía isquémica (una de las primeras causas de muerte en España) deben recibir a largo plazo el tratamiento integral más adecuado: **dietético**, farmacológico, psicológico, de ejercicio o actividad física y de apoyo social (44).

En países en los que ya existe la figura del dietista dentro del grupo interdisciplinario de profesionales sanitarios, se ha podido observar que la ampliación del campo de actuación de los dietistas, conduce a una mejora en el estado nutricional de los pacientes:

- la inclusión del dietista en el equipo de cuidados intensivos de los neonatos, ha demostrado mejorar el estado nutricional



y las tasas de crecimiento de los niños de alto riesgo, disminuyendo su estancia en el hospital (64).

- el dietista es el profesional mejor preparado para participar en la nutrición enteral por sonda en atención primaria de salud, proporcionando soporte y educación, tanto a los pacientes como a sus cuidadores (65).

- pese a que los desórdenes alimentarios estén dentro de la categoría de la psiquiatría, existen una serie de problemas médicos y nutricionales que requieren de la experiencia de un dietista (66).

En España, por otra parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo fija como objetivo para la prevención secundaria y la rehabilitación de los pacientes afectados de cardiopatía, que se ofrezca a dichos pacientes consejo dietético nutricional, acompañando dicho consejo, si fuese necesario, de una **dieta individualizada** (44).

6.2 ACCIONES DE LOS DIETISTAS-NUTRICIONISTAS EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

La Tabla 2, en el anexo recoge algunos ejemplos de las posibles acciones que podría desempeñar el dietista-nutricionista en Atención Primaria. Dichos ejemplos (que no incluyen todos los posibles servicios, sino que pretenden ilustrar el amplio ámbito de la actuación dietético-nutricional) muestran cómo la incorporación de dicho colectivo, contribuye a mejorar y/o mantener la calidad de vida de los miembros de la comunidad, a mejorar su salud y a reducir o a frenar el crecimiento del gasto sanitario global (21).

A continuación se enumeran algunas de las funciones que recoge la tabla 2 del anexo:

- **Estrategias de promoción de la salud**

- Elaborar políticas de salud pública
- Crear ambientes que permitan elecciones alimentarias saludables
- Fortalecer las acciones comunitarias
- Ampliar las habilidades personales de los individuos
- Reorientar los servicios de salud
- ...

- **Estrategias de prevención de las enfermedades**

- Trabajar junto a profesionales para establecer estándares de prevención y tratamiento de individuos con diabetes o riesgo de padecerla.
- Desarrollar materiales educativos para ayudar a individuos con hiperlipemia a seleccionar alimentos apropiados a su patología.
- ...

- **Estrategias de tratamiento**

- aconsejar a individuos con diabetes y a sus familiares para promover una alimentación saludable y reducir la incidencia de complicaciones.

- aconsejar acerca del control de peso a individuos de todas las edades para reducir el riesgo de diabetes, hipertensión y enfermedades del corazón.

- ...

- **Estrategias de rehabilitación o de ayuda**

- Soporte nutricional para individuos en situación de riesgo tales como:
 - Discapacitados
 - Pacientes con nutrición parenteral domiciliaria
 - Pacientes con disfagia
 - ...

6.3 NÚMERO ADECUADO DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS

Para que un profesional pueda llegar a toda la población en condiciones de igualdad efectiva y poder realizar su tarea, es necesario que exista una buena relación entre cantidad de profesionales y número de habitantes. La Asociación Canadiense de Dietética propone como punto de partida, en base a 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 por cada 50.000 habitantes (21).

La CEE, por su parte, fijó (en 1970!) los siguientes ratios de dietista por cama hospitalaria: 1/40, 1/75 y 1/100-150 para las camas de especialidad, de agudos, y de larga y media estancia respectivamente (67).

A nivel hospitalario, la Organización Mundial de la Salud cifró, en la 10ª Asamblea Mundial de la Salud de 1974, y reafirmó en 1982, que todos los hospitales regionales (de 600 a 800 camas) e intermedios (de 70 a 150 camas) debían contar con la presencia de dietistas, y ello en una proporción aproximada de un dietista o nutricionista por cada cincuenta pacientes (59).

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística, la población española es de 43.197.684 habitantes (68), lo cual significa según la propuesta de la Asociación Canadiense de Dietética, que la cantidad mínima de dietistas-nutricionistas requerida sería de unos 864 dietistas-nutricionistas en todo el estado español para poder realizar su tarea en condiciones de igualdad efectiva.

7. ASEQUIBILIDAD, RELACIÓN COSTE-EFECTIVIDAD Y RELACIÓN COSTE-BENEFICIO

Puesto que no existe la figura del dietista-nutricionista en la Administración Pública Sanitaria, no puede existir ningún estudio español sobre la relación coste-efectividad y coste-beneficio de la introducción del dietista en la política de salud española. A estos efectos, hacemos referencia en este



apartado a algunas experiencias que han tenido los países que lo han integrado.

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, y que una estrategia que conduzca a la población a realizar correctas selecciones alimentarias, ahorraría miles de millones de dólares en costes directos e indirectos (4). La Organización Mundial de la Salud, por su parte, recomienda a los países que den prioridad a las intervenciones poblacionales como estrategia con mejor relación coste/efectividad, incluyendo en dichas intervenciones la reducción de la sal de las comidas, la disminución de las grasas de la dieta y la promoción del consumo de fruta y verdura (25).

Un estudio danés que analiza la relación coste-beneficio concluye que el soporte nutricional reduciría 4 días de hospitalización y ahorraría 67 millones de euros al año al país. Si se tiene en cuenta la reducción de las complicaciones, el ahorro ascendería a 133 millones de euros al año (69). Cálculos parecidos realizados en Gran Bretaña, determinaron que se podría reducir 5 días de hospitalización, ahorrándose 453 millones de euros anuales (70). Un estudio americano concluyó que un soporte nutricional apropiado y oportuno, permite reducir un día de hospitalización y ahorrar un millón de dólares al año (71).

7.1 PREVALENCIA Y COSTE DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA ALIMENTACIÓN

Como se ha mencionado en el punto 3.2, las enfermedades más comunes relacionadas con la alimentación a nivel mundial, según la Organización Mundial de la Salud, son:

1. la obesidad,
2. la diabetes,
3. las enfermedades cardiovasculares,
4. el cáncer,
5. la osteoporosis y
6. las enfermedades dentales.

A pesar de que en nuestro país aún no existen muchos estudios sobre el coste económico de las enfermedades relacionadas con la dieta, en Estados Unidos, en 1992, la mayor parte de los 819.9 miles de millones de dólares del gasto sanitario eran consumidos por las enfermedades relacionadas con la nutrición (48). Así, cuando las comunidades incluyen en el diseño, desarrollo y evaluación de sus programas y servicios de salud, al colectivo de profesionales en dietética, las estrategias de cambio de comportamiento son más efectivas (72).

De una revisión de 10 grandes estudios de programas de promoción de la salud se desprende que la relación

coste/beneficio² media de dichos programas oscila entre 1:2 y 1:6(73). Los análisis de coste-efectividad en programas de nutrición orientados a la prevención de enfermedades crónicas tienen en cuenta el cambio de actitudes de riesgo, la reducción del riesgo de morbilidad o daño, y la disminución del coste médico.

Hay que tener en cuenta, además, que algunas compañías incluyen estos programas teniendo en cuenta también otros parámetros importantes, tales como la satisfacción de los empleados en el trabajo así como su calidad de vida (4).

Obesidad

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% con obesidad. 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) (74). España es el segundo país de la Unión Europea, por detrás de Malta, con mayor porcentaje de niños obesos o con sobrepeso entre los 7 y los 11 años, según las conclusiones de un estudio presentado por la Comisión Europea, que alerta de que la obesidad se ha convertido en una epidemia (75).

El coste directo del diagnóstico y tratamiento de la obesidad en el ámbito de los sistemas nacionales de salud, tan sólo ha sido valorado en unos pocos países (76). Según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (77) y la Agencia Española de Seguridad Alimentaria (78), la obesidad representa aproximadamente el 7% del gasto sanitario anual en España, es decir, unos 2.500 millones de euros (74). La obesidad aumenta notablemente el riesgo de otros problemas de salud tales como diabetes tipo 2, hipertensión, hiperlipidemia, algunos cánceres, desórdenes menstruales, complicaciones del embarazo, osteoartritis, disnea y venas varicosas (79), que aumentan de manera importante el gasto sanitario.

Diabetes

En el año 2004, se ha publicado en *Diabetes Care* el estudio “Costes sanitarios directos de los pacientes diabéticos en España”, en el que se estima que entre el 5 y el 6% de la población adulta española padece diabetes I ó II, ocasionando un gasto sanitario directo de entre 2.400 y 2.670 millones de euros anuales, y suponiendo entre un 6,3 y 7,4% del gasto sanitario nacional (80).

² Para determinar la relación coste/beneficio en un programa de nutrición dirigido a la prevención de enfermedades crónicas, se requiere que la intervención cambie el comportamiento, que la reducción del riesgo haga descender la morbilidad o los accidentes, y que disminuyan los costes médicos (4).



El estudio “El coste de la diabetes tipo 2 en España”, publicado en 2002, descartó el gasto ocasionado por la diabetes tipo I. Según dicho estudio, la diabetes tipo 2 es la forma de diabetes más prevalente, y supone hasta el 90% de todas las diabetes. Teniendo en cuenta que entonces un 3% de la población padecía diabetes tipo 2, y que el gasto anual por paciente se estimó en 1.305,15 euros, se podría estimar en unos 1.673 millones de euros el gasto ocasionado anualmente por la diabetes tipo 2 (81).

Enfermedades cardiovasculares

En la actualidad se producen en España más de 132.000 muertes (lo que supone el 37% de todas las defunciones) y más de 5 millones de estancias hospitalarias por enfermedades cardiovasculares al año. La atención a las enfermedades cardiovasculares es responsable del 15% de los costes sanitarios totales (82-84).

Actualmente en España, las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la primera causa de morbi-mortalidad de la población. Sólo la enfermedad isquémica del corazón (que supone aproximadamente un 30% del total de enfermedades cardiovasculares) (85) ocasiona un gasto sanitario anual, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2003) de 1.948,89 millones de euros (44).

Cáncer

La Asociación Española Contra el Cáncer indica que el 27% de las defunciones que ocurren en España son debidas al cáncer (en el año 2001 fallecieron más de 97.000 personas) y que la primera causa de mortalidad en varones es el cáncer con una tasa de 259 defunciones por 100.000, frente a 241 por enfermedades cardiovasculares. En mujeres, según dicha asociación, la primera causa de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares con una tasa de 164 defunciones por 100.000, frente a 115 por cáncer (86).

Pese a que no se han hallado datos de España, los estudios de costes realizados en el mundo vienen a coincidir en que los costes directos imputables al cáncer representan aproximadamente entre el 4,8 y el 5,5% del gasto sanitario total (87).

Osteoporosis

La osteoporosis afecta en España a cerca de dos millones y medio de mujeres, aunque sólo 300.000 están diagnosticadas, según datos de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO) y la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOM) (88). No se han hallado datos para hombres.

En España el gasto sanitario atribuible a la osteoporosis asciende a unos 1.200 millones de euros anuales, según un

informe de 2004 publicado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (89).

Enfermedades dentales

No se han hallado datos de España, pero la Organización Mundial de la Salud estima que el gasto sanitario atribuible a las enfermedades dentales se cifra entre el 5 y el 10% del gasto sanitario total (3).

La gráfica 1 recoge el porcentaje de gasto de las principales enfermedades relacionadas con la nutrición en relación al gasto sanitario total.

7.2 GASTO EN PROCESOS DE ADELGAZAMIENTO NO EFECTIVOS

Tal y como señalan algunos autores, fiarse de las opiniones de un “experto en nutrición” en función de sus cualidades como comunicador o por ser un personaje famoso es frecuente y comprensible, pero no se debería olvidar el tiempo que esa persona ha dedicado al estudio de la nutrición. Así, ¿basta leer un libro para ser experto en nutrición? ¿un curso por correspondencia? ¿basta con la propia experiencia? (47). Ya se ha comentado que falta de suficientes interlocutores válidos en el campo de la nutrición ante la sociedad, la administración y los medios de comunicación, da pie a la aparición de organizaciones o individuos con planteamientos para-científicos o a-científicos que se aprovechan de esta falta para desarrollar su actividad, a menudo peligrosa para la salud de los afectados (60).

En Estados Unidos, por ejemplo, los sistemas de adelgazamiento “mágicos” generan un gasto de unos 33.000 millones de dólares anuales (5). En España, se estima que, tan sólo en “productos milagro” (*ineficaces*) para adelgazar, se gastan anualmente unos 2.050 millones de euros (90).

Dos recientes revisiones sistemáticas revelan que ninguno de los suplementos dietéticos que cumplían el requisito de haber sido sometidos en alguna ocasión a un estudio aleatorizado y a doble ciego, es efectivo para perder peso (91;92), y que algunos de ellos no sólo no ayudan a controlar el peso corporal, sino que, además, son perjudiciales para la salud (92).

La Asociación Americana de Dietética propone, para evitar la desinformación existente en el campo de la nutrición y la dietética, que el dietista-nutricionista ejerza alguna de las siguientes acciones (93):

Escribir cartas a editores de periódicos y revistas para contrarrestar los artículos inadecuados y sesgados

- Aceptar invitaciones en radio y televisión, para aparecer junto a personas que desinforman a la población, para compensar dicho hecho.
- Dirigir a la población hacia buenas fuentes de información dietético-nutricional



- Fomentar a los investigadores a presentar los resultados de sus estudios a la población desde un punto de vista objetivo
- Colaborar con la industria alimentaria para aportar información dietético-nutricional fidedigna.
- Cooperar con otros profesionales de la salud para evitar la desinformación, las falsas creencias y los fraudes existentes en el terreno de la dietética.

8. DISCUSIÓN

La alimentación se está convirtiendo, por una parte, en el mayor factor modificable de las enfermedades crónicas, incrementándose constantemente la evidencia científica que justifica la visión de que las alteraciones en la dieta ejercen potentes efectos, tanto positivos como negativos, en la salud a lo largo del ciclo vital.

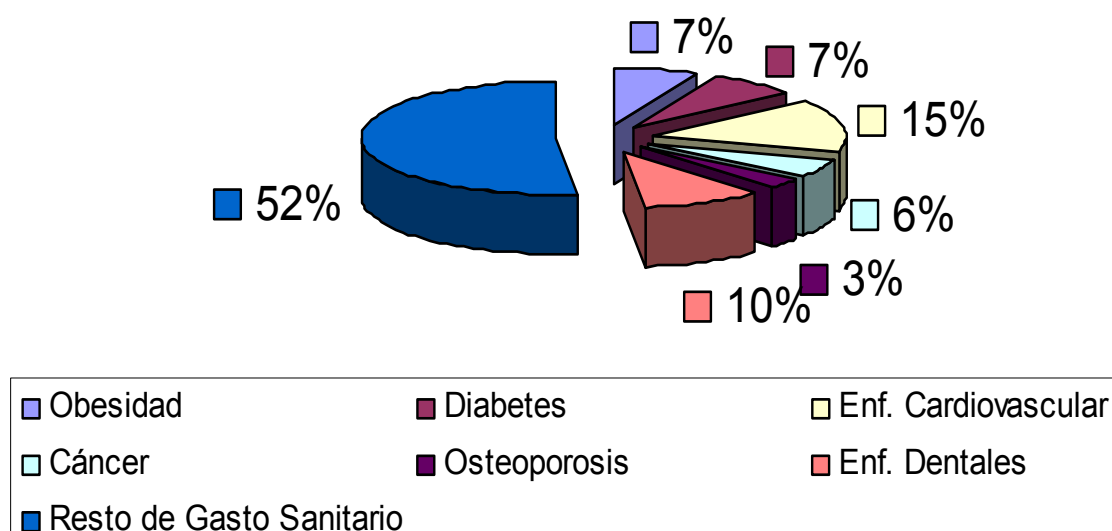
Por otra parte, la evidencia científica sobre la seguridad y eficacia clínicas de la actuación de los dietistas-nutricionistas es amplia; su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades está bien documentada; y su trabajo, a la vez que abarata el gasto sanitario, evita el intrusismo, el sensacionalismo y los conceptos erróneos al respecto de la ciencia de la nutrición.

Así, la labor del dietista-nutricionista beneficia la salud individual y colectiva y ejerce un papel clave en la prevención de las enfermedades crónicas más prevalentes. Es por ello que en muchos países, los Sistemas de Salud incluyen la figura del dietista-nutricionista como agente líder encargado del manejo de los aspectos dietético-nutricionales de la población. Sin embargo, dichos profesionales no son accesibles en condiciones de igualdad por la población española, lo cual contrasta con el hecho de que muchos de los problemas de salud de los españoles estén directamente relacionados con la alimentación.

Introducir al dietista-nutricionista en el sistema de Atención Primaria de Salud español, tal como se ha realizado en otros países, consigue que el dinero invertido en gasto sanitario vuelva tanto en forma de salud poblacional, como de dinero ahorrado en costes médicos.

La postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas es que ubicar en Atención Primaria al profesional mejor cualificado para prestar servicios relacionados con la nutrición y la dietética, el dietista-nutricionista, contribuirá no sólo a la mejora de la salud de la población, sino también a optimizar el dinero invertido en gasto sanitario y a optimizar también, por consiguiente, la relación coste-efectividad.

Porcentajes de gasto de las principales enfermedades relacionadas con la nutrición respecto el gasto sanitario total



Gráfica 1. Porcentaje de gasto de las principales enfermedades relacionadas con la nutrición en relación al gasto sanitario total



ANEXO

Tabla 1

Los códigos usados son los siguientes:

Austria (AT), Bélgica (BE), Dinamarca (DK), Finlandia (FI), Francia (FR), Alemania (DE), Grecia (GR), Hungría (HU), Islandia (IS), Irlanda (IE), Italia (IT), Luxemburgo (LU), Holanda (NL), Noruega (NO), España (ES), Suiza (CH), Suecia (SE), Turquía (TR), Reino Unido (UK)

	Administrativo <i>DK, FR, HU, IS, NO, ES, SE, TR</i>	Clínico <i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	General <i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Valoración nutricional/ screening de individuos y grupos sanos	<i>FR, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, NL, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Traducción de la nutrición a alimentación o menús para grupos	<i>DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, NL, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, TR</i>
Producción y distribución de planes alimentarios para cubrir las recomendaciones	<i>DK, FR, HU, IS, NO, SE, TR</i>	<i>FI, FR, GR, HU, NL, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Compra de alimentos	<i>DK, FR, HU, IS, NO, ES, SE, TR</i>	<i>FR, NL, TR</i>	<i>AT, BE, FR, DE, LU, TR</i>
Desarrollo y medida de objetivos para servicios de alimentación y nutrición	<i>DK, FR, HU, NO, SE, TR</i>	<i>FR, GR, HU, IS, IE, NL, ES, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Evaluación sensorial de productos alimentarios y nutricionales	<i>DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR</i>	<i>FI, FR, GR, HU, NL, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, FR, DE, GR, HU, LU, TR</i>
Evaluación nutricional de individuos y grupos con problemas médicos	<i>TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Decisión en un equipo de cuidado dietético-nutricional de personas con problemas médicos	<i>TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Seguimiento de una prescripción dietética realizada por un doctor.	<i>DK, TR</i>	<i>FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, CH, TR,</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Implementación de programas de cuidado nutricional en personas con problemas médicos	<i>DK, SE, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Aconsejar/educar a los individuos y cuidadores.	<i>DK, FR, SE, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Monitoreo/evaluación de resultados clínicos	<i>TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Formar parte en conferencias de equipos interdisciplinarios acerca del tratamiento de pacientes/clientes	<i>FR, HU, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Derivar pacientes a otros profesionales de la salud	<i>TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IS, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Planear actividades de promoción de la salud dentro de la comunidad	<i>FR, SE, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>DE, LU, TR</i>
Participar en actividades de promoción de la salud de la comunidad	<i>DK, FR, SE, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>
Evaluar las actividades de promoción de la salud de la comunidad	<i>FR, TR</i>	<i>DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, ES, SE, CH, TR, UK</i>	<i>AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR</i>



Planear la educación de grupos diana	DK, FR, NO, SE, TR	DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Educación a grupos diana	DK, FR, NO, SE, TR	DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Evaluar la educación de grupos diana	DK, FR, NO, SE, TR	DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Desarrollo y revisión del material educativo para los grupos diana	DK, FR, NO, SE, TR	DK, FI, FR, GR, HU, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Participar en mejoras de calidad, incluyendo la satisfacción de sistemas o pacientes	DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR	FI, FR, GR, HU, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Operar cambios en la organización	DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR	DK, FR, GR, HU, IE, NL, NO, ES, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Desarrollo de negocios y planes operacionales	DK, FR, HU, NO, ES, SE	DK, FR, HU, IE, NL, ES, SE, CH, UK	AT, BE, FR, GR, HU, IT, LU, ES
Recolección y procesamiento de datos financieros	DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR	DK, FR, HU, IE, NL, ES, SE, CH, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, LU, ES, TR
Recolección y procesamiento de otros datos de gerencia	DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR	DK, FR, HU, IE, NL, ES, SE, CH, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES,
Realizar funciones de marketing	FR, IS, NO, ES, SE, TR	DK, FR, NL, SE, CH, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, LU
Participar en funciones de recursos humanos	DK, FR, HU, NO, ES, SE, TR	DK, FR, GR, HU, IE, NL, NO, SE, CH, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR
Gestionar recursos incluyendo la compra de equipos y diseño de unidades de trabajo	DK, FR, HU, IS, NO, ES, SE, TR	DK, FR, GR, HU, NL, NO, CH, UK	AT, BE, DE, HU, IT, LU, ES
Gestionar los aspectos de seguridad y sanitarios relacionados con los alimentos y la nutrición	DK, FR, HU, IS, NO, ES, SE, TR	DK, FI, FR, GR, HU, NL, TR, UK	AT, BE, FR, DE, GR, HU, IT, LU, ES, TR

Tabla 2

ESTRATEGIAS	ACCIONES
Estrategias de promoción de la salud	Ejemplos de acciones
Elaborar políticas de salud pública	• Trabajar con los consejos asesores para establecer políticas de salud comunitarias que afecten a una variedad de sectores que tienen impacto sobre el acceso a las elecciones alimentarias saludables, como por ejemplo en escuelas, lugares de trabajo. • Asesorar a los gobiernos acerca de las tasas de asistencia que aseguran que las personas que reciben ayudas estatales tienen suficientes recursos para acceder a una dieta saludable. • Dirigir investigaciones sobre la ingesta nutricional de poblaciones para poder elaborar políticas de fortificación de alimentos y guías alimentarias. • Proporcionar consejo y establecer una comunicación bidireccional (feedback) en el campo de las políticas nacionales de etiquetado nutricional. • Participar en comités científicos para establecer los requerimientos nutricionales de la población.
Crear ambientes que permitan elecciones alimentarias saludables	• Asesorar a los servicios de alimentación laborales acerca de unas opciones saludables en los menús. • Ayudar a crear comedores sociales y otros servicios que promuevan una alimentación saludable, segura y a bajo coste y de igual calidad para poblaciones con bajos ingresos. • Diseñar programas alimentarios para centros de la tercera edad para asegurar su acceso a una variedad de elecciones saludables. • Trabajar junto a minoristas de alimentación para desarrollar estrategias que faciliten que la población anciana mantenga su independencia en la compra alimentaria.
Fortalecer las acciones	• Llevar a cabo seminarios de seguridad alimentaria con organizaciones que proporcionen servicios



comunitarias	comunitarios de catering, reduciendo por tanto la incidencia de enfermedades transmitidas por los alimentos. • Trabajar conjuntamente con los centros de recursos sociales para familias para ayudar a capacitar a las familias y comunidades al respecto de aspectos de seguridad y salud nutricional de los niños. • Participar con equipos de apoyo a poblaciones vulnerables tales como adolescentes embarazadas, indigentes, ancianos, etc.
Ampliar las habilidades personales de los individuos	• Formar a los vendedores acerca de cómo enseñar a los compradores a leer correctamente las etiquetas para poder realizar compras saludables. • Aconsejar a los nuevos padres sobre aspectos de la alimentación de bebés y niños. • Establecer vínculos con los medios de comunicación para asegurar que la información aportada esté basada en evidencias científicas, desde el punto de vista nutricional. • Trabajar junto a agencias multiculturales para adaptar las guías alimentarias a las diferentes culturas y lenguajes.
Reorientar los servicios de salud	• Facilitar la creación de redes entre los dietistas-nutricionistas y otros profesionales de la salud para asegurar que las comunidades y clientes tienen acceso directo a todos los servicios posibles (ejemplos: nutricionistas de salud pública, dietistas-nutricionistas al cuidado de hogares, dietistas-nutricionistas de visitas externas, en consultas privadas, etc.). • Formar a otros profesionales de la salud (ejemplo: médicos, personal de enfermería, etc.) y profesionales de otros sectores (ej: servicios sociales, profesores, profesionales de fitness, etc.) para extender (no reemplazar) la experiencia de los dietistas-nutricionistas. • Dirigir proyectos que aporten evidencias de la efectividad de los servicios de los dietistas-nutricionistas como un componente de los cuidados de salud de la población.
Estrategias de prevención de las enfermedades	Ejemplos de acciones
	• Formar a los asistentes sociales en la identificación de riesgos nutricionales para identificar y derivar a los pacientes vulnerables. • Aportar valoración nutricional y consejo a las mujeres embarazadas de alto riesgo (ej. adolescentes, indigentes), para reducir la incidencia de bajo peso al nacer. • Desarrollar materiales educativos para ayudar a individuos con hiperlipemia a seleccionar alimentos apropiados a su patología. • Dar consejo a mujeres con diabetes gestacional o preeclampsia para promover la salud de la madre y el futuro hijo. • Trabajar junto a profesionales para establecer estándares de prevención y tratamiento de individuos con diabetes o riesgo de padecerla.
Estrategias de tratamiento	Ejemplos de acción
	• Aportar consejo a individuos y sus familias acerca de los desórdenes de la alimentación tales como anorexia y/o bulimia • Aconsejar acerca del control de peso a individuos de todas las edades para reducir el riesgo de diabetes, hipertensión y enfermedades del corazón. • Aconsejar a individuos con diabetes y a sus familiares para promover una alimentación saludable y reducir la incidencia de complicaciones.
Estrategias de rehabilitación o de ayuda	Ejemplos de acción
	Soporte nutricional para: • Desórdenes de la inmunidad para optimizar el estado nutricional y prevenir las infecciones y/o la pérdida de peso. • Cuidados paliativos • Traumas • Disfagia • Nutrición parenteral domiciliaria • Discapacitados



BIBLIOGRAFIA

- (1) Ministerio de Sanidad y Consumo. Salud 21 - Salud para Todos en el Siglo XXI. Organización Mundial de la Salud. 1998.
- (2) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (BOE nº 101, 29-Abr). 1986.
- (3) 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. WHO Geneva. 2003.
- (4) 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. Nov;102(11):1680-7. 2002.
- (5) The American Dietetic Association. Position of The American Dietetic Association: cost-effectiveness of medical nutrition therapy. J Am Diet Assoc. Jan;95(1):88-91. 1995.
- (6) 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.
- (7) Jarratt J, Mahaffie JB. Key trends affecting the dietetics profession and the American Dietetic Association. J Am Diet Assoc. 2002;102:S1821-S1839. 2002.
- (8) Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de grado. (BOE nº 21 de 25 de enero de 2.005, página 2.842). 2005.
- (9) Real Decreto 433/1998, de 20 de marzo, se establece el título universitario oficial de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel (B.O.E. 15-04-1998). 1998.
- (10) BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES VI LEGISLATURA Serie D: 18 de septiembre de 1998 Núm. 317. 1998.
- (11) Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. 1995.
- (12) Boletín Oficial de la Provincia de Las Palmas. Número 82, miércoles 9 de julio de 2003. Bases específicas para la provisión con carácter fijo mediante concurso oposición de la plaza de Nutrición Humana y Dietética. En línea: <http://www.boplaspalmas.com/boletines/2003/09-7-03/09-7-03.pdf> [Consulta:20/5/2005]. 2003.
- (13) Boletín Oficial de las Islas Baleares. Número 22, 18 de febrero de 2003. Bases específicas para la selección de un/a profesor/a de nutrición básica para impartir en la escuela de turismo del CIEF durante el curso 2002/2003 la asignatura de nutrición básica aplicada al turismo. 2003.
- (14) Butlletí Oficial de la Provincia de Castelló número 32, de 15 de març de 2003. Convocatoria de pruebas selectivas para proveer una lista de personal de carácter laboral no permanente, o en su caso de personal para un nombramiento como funcionario interino, a través del sistema de concurso-oposición, para cubrir las necesidades de dietista del O.A.L Hospital provincial de Castellón. En línea: <http://www2.dipcass.es/archivos/1038-411-archivo/b150303.pdf?go=ntTrMIH89YNAN3/UDLoUQJCv2cJW> [Consulta:20/4/2005]. 2003.
- (15) Boletín Oficial de la Región de Murcia. Número 150, Jueves 1 de julio de 2004. Página 14830. Convocatoria de la Bolsa de Trabajo para Nutrición Humana y Dietética. En línea: http://www.carm.es/borm/borm_lib/historico/pdf-2004/150-2004.pdf [Consulta: 20/4/05]. 2004.
- (16) 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. 1996.
- (17) 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.
- (18) Requejo Marcos AM, Ortega Anta, RM. Nutriguía, manual de nutrición clínica en atención primaria. Editorial Complutense, S.A. 2000.
 - (19) Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September. 1978.
 - (20) Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resources. A Background Paper on Primary Health Care Reform. Ottawa. June. 2000.
 - (21) Dietitians of Canada. The role of the registered dietitian in primary health care. A national perspective. Disponible en: http://www.dietitians.ca/news/downloads/role_of_RD_in_PHC.pdf. 2001.
 - (22) Dietitians of Canada. Role Paper of the Dietitians of Canada. Community Dietitians in Health Centres Network. March 2004. Disponible en: http://www.dietitians.ca/career/i3_1.htm. 2004.
 - (23) Wanke, M, Saunders, LD, Pong, R and Church, WJB. Building a Stronger Foundation: A Framework for Planning and Evaluating Community-based Health Services in Canada, Health Canada. Ottawa. 1995.
 - (24) Shoultz, J and Hatcher, PA. Looking Beyond Primary Care to Primary Health Care: An Approach to Community-based Action. Nursing Outlook; Jan/Feb : 23-26. 1997.
 - (25) World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. WHO Geneva. 2002.
 - (26) Entrala Bueno A. Abordaje de la Alimentación en Atención Primaria. Anuario 2000, El Médico. 2000.
 - (27) van WC. Dietary advice in family medicine. Am J Clin Nutr 2003 Apr;77(4 Suppl):1008S-10S.
 - (28) Eyre H, Kahn R, Robertson RM, Clark NG, Doyle C, Hong Y, Gansler T, Glynn T, Smith RA, Taubert K, Thun MJ; 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 Jun 29;109(25):3244-55. 2004.
 - (29) Asociación Española Contra el Cáncer. Siete de cada diez cánceres se pueden prevenir. En línea: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Prevencion/Diagnostico+Precoz.htm> [Consulta: 1/4/2005]. 2005.
 - (30) United States Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Report on Nutrition and Health. Washington, DC, 1998. En línea: http://www.mcspotlight.org/media/reports/surgen_rep.html. [Consulta: 1/4/2005]. 1998.
 - (31) Icart MT, Icart MC, Pulpón AM, MENA J, García de las Mestas AM, Carrés L Los principales problemas de salud según la opinión de los usuarios. Aten Primaria 2001;28:263-268. 2001.
 - (32) 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 Mar-Apr;15(2):45-50. 2004.
 - (33) Aranceta J. Spanish food patterns. Public Health Nutr. 2001 Dec;4(6A):1399-402. 2001.
 - (34) Aranceta J. Situación actual de la alimentación en España. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías alimentarias para la población española. Madrid: SENC; 2001. 2001.
 - (35) Jano on Line. La dieta de los españoles es deficitaria en fibra, frutas y verduras, según un estudio del Ministerio de Agricultura. En línea < <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=10924>> [consulta: 26/4/2005]. 2005.
 - (36) Serra LI, Román B, Aranceta J. Alimentación y Nutrición. En: Cabasés J., Villalbí, J. R. y Aibar, C. (Eds.). Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia. Editor. 2002. 2002.



- (37) Serra-Majem L, Garcia-Closas R, Ribas L, Perez-Rodrigo C, Aranceta J. Food patterns of Spanish schoolchildren and adolescents: The enKid Study. *Public Health Nutr.* 2001 Dec;4(6A):1433-8. 2001.
Ref Type: Generic www.ahrq.gov/clinic/cpsix.htm. [Consulta:6/4/2005]. 1996.
- (38) Ortega RM, Aranceta J, Serra-Majem L, Entrala A, Gil A, Mena MC. Nutritional risks in the Spanish population: results of the eVe study. *Eur J Clin Nutr.* 2003 Sep;57 Suppl 1:S73-5. 2003.
- (39) Serra LI, Aranceta J, Grupo de trabajo sobre Objetivos Nutricionales para la población española. Objetivos nutricionales para la población española. Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías alimentarias para la población española. Madrid: SENC; 2001. 2001.
- (40) World Health Organization. Food and health in Europe.: a new basis for action. WHO. 2002.
- (41) Royo MA. Recomendaciones nutricionales y alimentarias para una dieta cardiosaludable. *Rev Esp Nutri Comunitaria* 2004;10(3):122-143. 2004.
- (42) Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. Alimentación equilibrada, alimentación saludable. II Congreso de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. CD Rom. 2004.
- (43) Aranceta J, Serra LI, Grupo de Trabajo sobre Guías Alimentarias para la Población Española. Estructura general de las guías alimentarias para la población española. Decálogo para una dieta saludable. En: Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Guías Alimentarias para la Población Española. Madrid: SENC. 2001.
- (44) Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Integral de Cardiopatía Isquémica 2004-2007. Ministerio de Sanidad y Consumo 2003. En línea: <http://www.msc.es/planesIntegrales/PICI/pdf/cardiopatia.pdf> [Consulta:6/4/2005]. 2003.
- (45) Agency for Healthcare Research & Quality. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd Ed, 1996. Report of the US Preventive Services Task Force. En línea:
- (46) Lacey K, Pritchett E. Nutrition Care Process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. *J Am Diet Assoc.* 2003 Aug;103(8):1061-72. 2003.
- (47) Ortega Anta RM, Requejo Marcos AM. Introducción a la nutrición clínica. En: Nutriguía, manual de nutrición clínica en atención primaria. Capítulo 9. Editorial Complutense, S.A. 2000.
- (48) Gil Canalda I. La práctica de la nutrición en Atención Primaria. En: Gómez Candela C, Cos Blanco AI. Nutrición en Atención Primaria. Capítulo 1. Jarpay Editores. 2001.
- (49) Diario Médico. Frente de la primaria y CESM para pedir los 10 minutos por consulta. En línea: <http://www.diariomedico.com/profesion/prof210600com.html> [consulta: 19/7/2005]. 2000.
- (50) van WC, Smith H, Beasley JW. Family practice research networks. Experiences from 3 countries. *J Fam Pract* 2000 Oct;49(10):938-43.
- (51) Ulíbarri JL. El libro blanco de la desnutrición clínica en España. Editorial Acción Médica, Madrid. 2004.
- (52) Gil I, Baena JM, Vila M, Sancho A, López C, Jiménez S. Registro de los hábitos alimentarios en la historia clínica de atención primaria. Comunicación presentada al XXII Congrés d'Atenció Primària SCMFIC. Andorra, mayo. 1997.
- (53) Martinez Alvarez JR, Villarino Marin AL, Cid Sanz MC. Implantación de unidades de Nutrición Clínica y Dietética en los hospitales españoles y presencia de dietistas en las mismas. *Nutr Hosp.* 2002 May-Jun;17(3):154-8. 2002.
- (54) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. 2003.
- (55) Conferencia de Consenso constituida por Representantes de la Universidades Españolas que imparten la titulación y la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. Perfil de las competencias del titulado universitario en Nutrición Humana y Dietética. En línea:



- <http://aedn.es/lcongreso/Perfilprofesional.doc> [Consulta 1/4/2005]. 2003.
- (56) European Federation of the Associations of Dietitians EFAD. What is a dietitian? En línea:
http://www.efad.org/what_is_a_dietitian.htm
 [Consulta 1/4/2005]. 2005.
- (57) Middleton C, Lawson M, Soerensen MA, Hadell K. European Federation of the Associations of Dietitians EFAD. Education programmes and work of dietitians in the member countries of the EFAD. En línea:
<http://www.efad.org/Downloads/EducationAndWorkOfDietitiansWithinEFAD2003.pdf>
 [Consulta 1/4/2005]. 2003.
- (58) Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. ¿Qué es un dietista? En línea:
<http://aedn.es/html/formacion.php?id=2>
 [Consulta 1/4/2005]. 2005.
- (59) OMS: 10ª Asamblea Mundial de la Salud 1974; 29ª Asamblea Mundial de la Salud 1976, resolución WHA29.72; 35 Asamblea Mundial de la Salud 1982, resolución WHA35.25. 1982.
- (60) Xarxa temàtica en nutrició. Llibre blanc de la recerca en nutrició. Universidad de Barcelona. 1997.
- (61) Cyprus Dietetic Association. 3rd Cyprus Dietetic Association Conference. 26th American Overseas Dietetic Association Conference. Promoting Excellence in Nutrition Practise. En línea:
<http://www.cydadiet.org/presentations.htm> [Consulta: 20/4/2005]. 2004.
- (62) Torrentó M, Guillén N, Bonada A, Ríos L, Colomé L, Salas-Salvadó J. El diplomado en nutrición humana y dietética en los centros de asistencia del grupo Sagessa: experiencia piloto. Nutrición Hospitalaria, 2001; 16 (Supl 1): 74. 2001.
- (63) Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (NAOS). Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
- (64) Maillet JO, Potter RL, Heller L. Position of the American Dietetic Association: ethical and legal issues in nutrition, hydration, and feeding. J Am Diet Assoc.;102(5):716-26. 2002.
- (65) Madigan SM. Home enteral-tube feeding: the changing role of the dietitian. Proc Nutr Soc. 62(3):761-3. Review. 2003.
- (66) Dietetic Association . Position of the American Dietetic Association: nutrition intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified (EDNOS). American. J Am Diet Assoc.;101(7):810-9. 2001.
- (67) Guy-Grand B. Alimentation en milieu hospitalier. Rapport de mission a Monsieur le Ministre Chargé de la Santé. 1997.
- (68) Real Decreto 2348/2004, de 23 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2004 (BOE nº 314 de 30 diciembre de 2004, página 42.334). 2004.
- (69) August DA. Creation of a specialised nutrition support outcome research consortium; if not now, when? JPEN 1996; 20:394-400. 1996.
- (70) Davis AM, Bristow A. Managing nutrition in hospital. Nuffield Trust 1999:8. 1999.
- (71) Wise J. Patients go hungry in british hospitals. BMJ 1997; 314:399-401. 1997.
- (72) Agency for Healthcare Research and Quality. Efficacy of interventions to modify dietary behaviors related to cancer risk. 2000. Disponible en
<http://www.ahrq.gov/clinic/epcsums/dietsum.htm>. 2000.
- (73) Joint Venture: Silicon Valley Network. Are worksite health promotion programs cost-effective? En: 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. Nov;102(11):1680-7. 2002.
- (74) Diario Médico. La obesidad tiene un coste que equivale al 7% del gasto sanitario. En línea:
<http://www.diariomedico.com/sanidad/san130600comcinco.html> [Consulta: 6/4/2005]. 2000.



- (75) Jano on line. España es el segundo país de la UE con más escolares obesos o con sobrepeso. 15/03/2005 En línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=37860> [Consulta: 14/4/2005]. 2005.
- (76) International Obesity Task Force (IOTF). About obesity. En línea: <http://www.obesite.chaire.ulaval.ca/iotf.htm> [Consulta: 14/4/2005]. 2005.
- (77) Jano on line. La obesidad representa el 7% del gasto sanitario anual en España, unos 2.500 millones de euros. En línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=32901> [Consulta: 6/4/2005]. 2004.
- (78) Agencia española de seguridad alimentaria. 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. En línea: <http://www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idpage=56&idcontent=5649> [Consulta: 6/4/2005]. 2003.
- (79) Cummings S, Parham ES, Strain GW; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: weight management. J Am Diet Assoc;102(8):1145-55. 2002.
- (80) Oliva J, Lobo F, Molina B, Monereo S. Direct health care costs of diabetic patients in Spain. Diabetes Care. Nov;27(11):2616-21. 2004.
- (81) Mata M, Antonanzas F, Tafalla M, Sanz P. El coste de la diabetes tipo 2 en España. El estudio CODE-2. Gac Sanit. Nov-Dec;16(6):511-20. 2002.
- (82) Villar Álvarez F. La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de las recomendaciones. Rev Esp Salud Pública 2004; 78: 421-434. Disponible en: http://www.msc.es/profesional/biblioteca/recursos propios/resp/revista_cdrom/vol78/vol78_4/RS784C_421.pdf [Consulta: 6/4/2005]. 2004.
- (83) F. Villar Álvarez, A. Maiques Galán, C. Brotons Cuixart, J. Torcal Laguna, A. Lorenzo Piqueres, J. Vilaseca Canals y J.R. Banegas Banegas. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria 2001 Vol. 28. Supl. 2. Noviembre. 2001.
- (84) Villar Álvarez F, Banegas Banegas JR, Donado Campos JM, Rodríguez Artalejo F. Informe de la Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA). Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. XVI Congreso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. 2003.
- (85) F. Villar Álvarez, A. Maiques Galán, C. Brotons Cuixart, J. Torcal Laguna, A. Lorenzo Piqueres, J. Vilaseca Canals y J.R. Banegas Banegas. Prevención cardiovascular en atención primaria. Aten Primaria 2001 Vol. 28. Supl. 2. Noviembre. 2001.
- (86) Asociación Española Contra el Cáncer. Cifras de cáncer en España. En línea: <http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Estadistica/cifras+de+cancer+en+España/Cifras+de+cancer+en+España.htm> [Consulta: 14/4/2005]. 2005.
- (87) Arrázola A, Gabilondo L. Programa de enfermedades oncológicas. Cancer programme. Anales Sis San Navarra 2001. Vol. 24. Suplemento 3. En línea: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple3/suple6.html> [Consulta: 6/4/2005]. 2001.
- (88) Jano on line. En España se producen cada año unas 60.000 fracturas de cadera. 02/07/2004. En línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=33721> [Consulta: 14/4/2005]. 2004.
- (89) Jano on line. Tres millones de españoles están afectados de osteoporosis en la columna lumbar o en el cuello del fémur. 07/01/2004 En línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=30539&mail=Si> [Consulta: 6/4/2005]. 2004.
- (90) Jano on line. La Agencia Española del Medicamento ha retirado unos 300 "productos milagro" desde principios de año 11/05/2004. En línea: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=32789> [Consulta: 6/4/2005]. 2004.
- (91) Mhurchu CN, Dunshea-Mooij C, Bennett D, Rodgers A. Effect of chitosan on weight loss



in overweight and obese individuals: a systematic review of randomized controlled trials. *Obes Rev.*;6(1):35-42. 2005.

- (92) Pittler MH, Ernst E. Dietary supplements for body-weight reduction: a systematic review. *Am J Clin Nutr.*;79(4):529-36. 2004.

- (93) Ashley JM, Jarvis WT. Position of the American Dietetic Association: food and nutrition misinformation. *J Am Diet Assoc.* 1995 Jun;95(6):705-7. 1995.

Autores y coautores del GREP/AED-N

Autores: Eduard Baladía, Julio Basulto

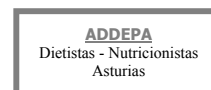
Coautores: Dani Palau, Edu Reinoso, Laia Morgui, M^a Àngels Díez, Raquel Puig

Correo electrónico de contacto: posicionamiento@aedn.es

Web de la AED-N: www.aedn.es

Revisores:

- **Asociación de Dietistas-Nutricionistas de las Islas Baleares (ADNIB):** Manuel Moñino Gómez, Marta García Valdueza y María Antonia Puigros. Presidenta: Dña. María Colomer
- **Asociación de Dietistas Diplomados de Navarra (ADENA)**
Presidente: D. Giuseppe Russolillo
- **Asociación de Diplomados en Dietética y Nutrición de Euskadi (ADDENE)**
Presidenta: Dña. M^a José Ibáñez
- **Associació Catalana de Dietistes-Nutricionistes (ACDN)**
Presidenta: Dña. Martina Miserach
- **Asociación de Dietistas Diplomados de Canarias (ADECAN)**
Presidenta: Dña. Cristina Belver
- **Asociación de Dietistas Diplomados de la Comunidad Valenciana (ADDECOVA)**
Presidenta: Dña. Rocío Royo
- **Asociación de Dietistas Diplomados de Castilla La Mancha (ADDICAM)**
Presidenta: Dña. Marta García
- **Asociación de Diplomados Universitarios en Nutrición Humana y Dietética de Andalucía (ADUNDA).** D. Presidente: Luís J. Morán
- **Asociación de Dietistas y Nutricionistas de Aragón (ADYNA)**
Presidente: D. Juan Revenga
- **Asociación de Dietistas-Nutricionistas del Principado de Asturias (ADDEPA)**
Presidenta: D. Fernando Aguadé



Contribuciones: Dña Pilar Cervera, Dña Laura Padró y Dña Imma Palma aportaron documentos importantes para la elaboración del documento, así como valiosas apreciaciones.

Agradecimientos: Dña. Yolanda Salas, D. Giuseppe Russolillo

Detalles de citación: El presente documento debe citarse de la siguiente manera:

Baladía 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. Archivo AED-N/Documentos de Posicionamiento de la AED-N. 2005