



JUSTIFICACIÓN DE LA INCORPORACIÓN

DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA

EN EL RÉGIMEN FUNCIONAL Y LABORAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

Versión 09/2025



JUSTIFICACIÓN DE LA INCORPORACIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL RÉGIMEN FUNCIONAL Y LABORAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA

COMISIÓN DE TRABAJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. CODINAN (2018-2022)

L. Calero López, E. Jiménez Licera, F. Monge Valverde, A.I. Moreno Fuentes, A. Navarrete Pérez, M. Navarro Márquez, R. Rubio de los Santos, Y. Segovia Olmo, A. Serrano Guirado, B. Teso Gelado, A. M. Villarrubla Pozo.

COMISIÓN DE TRABAJO DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD, CODINAN (2024-2025)

C. Galve Ibáñez, A. García García, C. González Antón, A. Martínez Fernández, M.S. Torrent Cruz

JUNTA DE GOBIERNO CODINAN
(con vigencia del cargo durante la elaboración del documento)

Arantxa Arrupea Moreno (tesorera 2016 - 2025), José María Capitan Gutlérrez (decano 2022-2025), Rocío Gala Serrano (vocal 2016-2020, 2024-2025), Isabel García Padilla (secretaria 2018-2020), Pablo Antonio López Cáceres (vicedecano 2016-2024), Paula López Jiménez (vocal 2018-2025), Ana Márquez Guerrero (vocal 2016-2020, secretaria 2020-2022), Luis J. Morán Fagúndez (decano 2016- 2022), Ildelfonsa Sánchez Caro (vocal 2016-2024, vicedecana 2024-2025), Antonio J. Serrano Guirado (vocal 2020-2025), Marta Tejón Sánchez (vocal 2022-2025), Antonio Zodio Brugarolas (secretario 2022-2025)

DEPARTAMENTO LEGAL CODINAN

J. Valladares Ruíz

COORDINACIÓN CODINAN

A. Rivera Torres

Tabla de contenidos

1. Introducción
2. Situación actual del dietista-nutricionista en Andalucía
3. Situación del dietista-nutricionista en otros países
4. Necesidad social del dietista-nutricionista en la sanidad pública
5. Beneficios sociales y económicos de la incorporación del dietista-nutricionista en el sistema público de salud
 - 5.1 Beneficios clínicos ofrecidos a la población
 - 5.2 Beneficios económicos derivados de la intervención dietético-nutricional
 - 5.3 Relación coste/beneficio de la incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Andaluz de Salud
6. Propuesta de incorporación del dietista-nutricionista al sistema público de salud
7. Funciones a realizar por el dietista-nutricionista en el sistema público de salud.
 - 7.1 Funciones del dietista-nutricionista en atención primaria y/o consultas externas
 - 7.2 Funciones del dietista-nutricionista en centros de atención hospitalaria
 - 7.3 Funciones del dietista-nutricionista en restauración hospitalaria
 - 7.4 Funciones del dietista-nutricionista en salud pública
8. Justificación jurídica de la necesidad del dietista-nutricionista en sanidad pública
 - 8.1 Normas jurídicas de aplicación
 - 8.2 Resumen ejecutivo
 - 8.3 La necesidad de prestación de servicios de los dietistas-nutricionistas por medio de unidad asistencial U.11
9. Conclusiones
10. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, las enfermedades crónicas constituyen la principal causa de mortalidad a nivel mundial, especialmente en los países desarrollados. Se estima que el cáncer y las enfermedades cardiovasculares ocasionan más del 50% de la mortalidad prematura evitable. Dentro de las enfermedades neurodegenerativas, solo la demencia alcanzó en 2023 el 10% de dicha mortalidad y va creciendo cada año de forma muy pronunciada. El aumento de la tasa de envejecimiento junto con hábitos de vida no saludables se relaciona con un elevado incremento de la morbilidad y mortalidad de la población adulta de forma generalizada.

Existe evidencia científica suficiente que certifica el papel protector de la dieta en el desarrollo y en la prevención de enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes tipo 2, las ya mencionadas enfermedades cardiovasculares neurodegenerativas y de algunos tipos de cánceres; y otras muchas dentro de una extensa lista. Una correcta intervención en los hábitos alimentarios de la población tendría un impacto trascendental sobre la incidencia de dichas patologías no transmisibles y patologías crónicas. Dicho de otro modo, al mejorar los hábitos alimentarios aumentaría la calidad y esperanza de vida de la población.

La definición de dietista-nutricionista, según la Conferencia de Consenso del Perfil

Profesional del diplomado en Nutrición Humana y Dietética del 2003, es la que se recoge a continuación:

“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”

Igualmente, la International Confederation of Dietetic Associations (ICDA) adopta la siguiente definición (2014):

“Un dietista-nutricionista es el profesional que aplica la ciencia de los alimentos y de la nutrición para promover la salud, prevenir y tratar enfermedades para optimizar la salud de individuos, grupos, comunidades y poblaciones”

Debido a esto, no cabe la menor duda de que el dietista-nutricionista es fundamental en la vida pública. Es el verdadero profesional sanitario encargado y cualificado para intervenir en la alimentación de la ciudadanía: trabajando desde una prevención temprana y tratamiento de las diferentes patologías, ofreciendo un mejor control y manejo de los pacientes, usando herramientas adecuadas basadas en la educación nutricional y colaborando dentro del marco de un equipo interdisciplinar.

Lamentablemente, Andalucía se posiciona a la cola de España ya que es una de las pocas comunidades que no incluyen a dietistas-nutricionistas en sus servicios públicos de salud. En los últimos años se ha incluido al dietista-nutricionista en la mayoría de las comunidades autónomas, evidenciando la necesidad asistencial dentro de nuestro sistema sanitario nacional. A su vez, la ausencia de esta figura favorece la aparición del intrusismo y la desigualdad social entre ciudadanos que

necesitan tratamiento nutricional y no cuentan con los medios económicos necesarios para acceder a dicho servicio.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la existencia de estudios internacionales que han demostrado que un profesional sanitario como el dietista-nutricionista ayudaría a reducir la elevada factura que tiene que pagar nuestro sistema de salud, en costes directos e indirectos, ahorrando de este modo en visitas médicas, fármacos, ingresos y duración de estancias hospitalarias, bajas laborales o intervenciones quirúrgicas.

Un último dato que ratifica la necesidad contrastada de un dietista-nutricionista en el Sistema Andaluz de Salud, es la cifra alarmante de sobrepeso y obesidad infantil que padece la población andaluza, que supera en más de cinco puntos porcentuales a la media nacional. Una situación preocupante ya que la mayoría de estos menores posiblemente serán adultos obesos en un futuro cercano.



2. SITUACIÓN ACTUAL DEL DIETISTA - NUTRICIONISTA EN ANDALUCÍA

La diplomatura de Nutrición Humana y Dietética se imparte por primera vez en Andalucía en el curso 2003-2004. Desde entonces, al igual que en el resto de España, el número de estudiantes matriculados y egresados ha ido en aumento. Cada año, en nuestra región se ofertan más de 150 plazas entre las dos universidades públicas, además de la reciente incorporación del grado en una universidad privada en el 2023. Se gradúan en torno al 70% de los alumnos matriculados y aproximadamente son unos 98 dietistas-

nutricionistas los que se incorporan al mercado laboral anualmente.

Pese a ofertar este grado universitario en sus universidades públicas, Andalucía sigue siendo en la actualidad una de las pocas comunidades autónomas de España que no cuenta con la figura del dietista-nutricionista dentro de la cartera de profesionales sanitarios del sistema de salud público, a diferencia de otras comunidades como Murcia, País Vasco, Cataluña, Castilla y León, Navarra, Valencia, Madrid, Baleares, Aragón, La Rioja, Galicia y Castilla La Mancha.



Figura 1. Mapa representativo de las Comunidades Autónomas que cuentan con la categoría profesional de dietista-nutricionista dentro del Sistema de salud

Justificación de la incorporación del **dietista-nutricionista**
en el régimen funcional y laboral del **sistema sanitario público de Andalucía**

Tabla 1. Relación de comunidades autónomas que cuentan con la categoría profesional de dietista-nutricionista dentro del Sistema Nacional de Salud Español. Fuente: Benítez Brito, N., Soto Célix, M., Monasterio Jiménez, O., Cabo García, L., & Álvarez Trencó, P. (2020) (adaptación y actualización)

Comunidad Autónoma	Decreto	Fecha
Murcia	Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud	2002
País Vasco	Decreto 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los puestos funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-servicio Vasco de Salud	2005
Cataluña	Ley 8/2007, de 30 de junio, del Instituto Catalán de la Salud. Categoría recogida en la relación de categorías, especialidades y titulaciones que requiere el Instituto Catalán de Salud para acceder a la bolsa de trabajo público.	2007
Castilla y León	Ley 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León.	2007
Navarra	Decreto Foral 234/2011, de 2 de noviembre, por el que se actualiza el Anexo de estamentos y especialidades de la Ley Foral 11/1992, de 20 de octubre, reguladora del régimen específico del personal adscrito al Servicio Navarro de Salud Osasunbidea.	2011
Valencia	Decreto 70/2013, de 7 de junio, del Consell, por el que se ordenan diversas categorías de personal estatutario de la Agència Valenciana de Salut.	2013
Madrid	Ley 9/2015, de 28 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid. Artículo 22. Creación de categorías estatutarias del Servicio Madrileño de Salud.	2015
Islas Baleares	Decreto 64/2016 de 28 de octubre de 2016, por el cual se crean nuevas categorías de personal estatutario en el ámbito del Servicio de Salud de las Islas Baleares y se cambia la denominación de 3 categorías ya existentes.	2016
La Rioja	Decreto 2/2018 de 19 de enero, por el que se crean las categorías estatutarias de dietista-nutricionista, técnico/a Especialista en Documentación Sanitaria y se integra la categoría de Psicólogo Clínico en la de Facultativo Especialista de área, en el ámbito del Servicio Riojano de Salud.	2018
Aragón	Orden SAN/973/2018, de 5 de junio, por la que se crea la categoría estatutaria de Titulado/a Superior en Nutrición y Control de Alimentos en el ámbito de los Centros Sanitarios del Servicio Aragonés de Salud.	2018
Galicia	RESOLUCIÓN do 24 de outubro de 2022, da Dirección Xeral de Recursos Humanos, pola que se inicia o prazo para a inscrición de aspirantes nas listas para la formalización de nomeamentos estatutarios temporais de dietista-nutricionista no ámbito das institucións sanitarias do Sistema público de saúde de Galicia.	2022
Castilla La Mancha	Decreto 27/2025, de 8 de abril, por el que se crean diversas categorías de personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. [2025/3058]	2025
Andalucía	SIN CONSOLIDAR	2025
Canarias	SIN CONSOLIDAR	2025
Cantabria	SIN CONSOLIDAR	2025
Extremadura	SIN CONSOLIDAR	2025
Principado de Asturias	SIN CONSOLIDAR	2025

Es importante destacar que, aunque el Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud, incluyendo al dietista-nutricionista en el grupo A2, la creación efectiva de esta categoría en cada comunidad autónoma depende de las autoridades sanitarias regionales.

Tal como ya se ha mencionado, a día de hoy Andalucía carece de dietistas-nutricionistas en su servicio público de salud, a pesar de que en fecha 21 de junio de 2023 se aprueba por unanimidad en el Parlamento de Andalucía la Proposición No de Ley relativa a la creación de la categoría profesional de dietista-nutricionista en el Servicio Andaluz de Salud (PNLC-000130, publicada en el Diario de Sesiones número 170 del Parlamento).

ENCUESTA DE SITUACIÓN

En 2020 CODINAN llevó a cabo una encuesta para analizar la situación profesional de los dietistas-nutricionistas andaluces, recibiendo 648 formularios completados. Del total de dietistas-nutricionistas ejercientes, casi la mitad desarrolla la profesión en el ámbito clínico. De entre ellos, tan solo el 10% lo hacen en centros públicos, mientras que el 90% restante ejercen en centros privados. Es destacable que el 94% de los dietistas-nutricionistas que ejercen en el ámbito clínico trabajan en atención sanitaria especializada,

mientras que únicamente el 6% lo hacen en centros hospitalarios.



Al no realizarse oferta de empleo público por parte del SAS, son las fundaciones y centros de investigación, junto a las empresas de restauración colectiva hospitalarias, los que suplen las carencias de este profesional en el sistema de salud público andaluz.

En el ámbito de investigación, se realizan ofertas de empleo cuya titulación obligatoria es la diplomatura o grado en Nutrición Humana y Dietética, con el objetivo de abordar la prescripción dietética, la educación nutricional y/o el abordaje de la desnutrición relacionada con la enfermedad. Inclusive, se está realizando contratación de estos profesionales en investigaciones relacionadas con la evaluación del estado nutricional y/o la valoración morfofuncional de los pacientes con diferentes patologías.

3. SITUACIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN OTROS PAÍSES

La figura del dietista-nutricionista es reconocida y regulada como profesión sanitaria en todo el mundo. Sin embargo, España es el único país de Europa que no cumple con los ratios de dietistas-nutricionistas en hospitales ni atención primaria establecidos por la Unión Europea, dejando sin atender adecuadamente a la población desde el punto de vista nutricional. La figura del dietista-nutricionista ha sido incorporada al sistema nacional de atención sanitaria en otros países europeos, siendo de gran importancia en la atención primaria de Países Bajos, Reino Unido y Portugal, entre otros.

Los dietistas-nutricionistas aportan evidencias científicas en nutrición y práctica dietética, individual o poblacional, para pacientes vulnerables y/o críticos, que facilita el tratamiento nutricional a toda la comunidad sanitaria. Además, desarrollan herramientas para la población en materia de salud pública y nutrición comunitaria. Estas ideas ya han sido implementadas a nivel mundial por distintas organizaciones, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 2. Proyectos de salud pública y nutrición comunitaria desarrollados a nivel mundial.	
PROYECTO	DESCRIPCIÓN
ONCA, Optimal Nutritional care for All	Iniciativa para promover la detección del riesgo de desnutrición relacionada con enfermedades e implementar la atención nutricional en toda Europa.
EuDAP, European Dietetic Action Plan	Repositorio de acciones para lograr una mejor nutrición y una salud sostenible, a través de un compromiso proactivo con el Plan de Acción Europeo sobre Alimentación y Nutrición.
Foro Nacional de Alimentación Responsable	Encuentro anual de los agentes de cambio del sistema agroalimentario en España.
Kit de herramientas de sistemas alimentarios sostenibles de ICDA	Apoya a los profesionales de la nutrición y la dietética, en las asociaciones miembro de ICDA, para integrar la sostenibilidad en la práctica.



Teniendo en cuenta estos aspectos, sería necesario resaltar la eficacia y relación coste-eficacia de las intervenciones dietéticas, que evalúan el impacto de la inclusión de dietistas-nutricionistas en equipos interdisciplinarios en otros países.

La situación mundial de los dietistas-nutricionistas pone de relieve el papel fundamental de las intervenciones dietéticas en la salud pública, con distintos grados de eficacia y rentabilidad según las regiones. Los países de ingresos altos, como los Estados Unidos y Australia, demuestran el potencial de las intervenciones impulsadas por políticas y la importancia de ampliar el acceso a los servicios de estos especialistas. En los países de ingresos medios, como Brasil e Irlanda, las estrategias rentables, como la optimización de las dietas y las intervenciones en el lugar de trabajo, han arrojado resultados prometedores. Mientras tanto, los países de bajos ingresos se enfrentan a desafíos únicos para abordar la malnutrición y la diversidad alimentaria, lo que hace hincapié en la necesidad de enfoques personalizados y marcos políticos más sólidos.

En última instancia, el éxito de las intervenciones dietéticas depende de una combinación de políticas eficaces, un acceso equitativo a los servicios de dietistas-nutricionistas y una consideración cuidadosa de los contextos socioeconómicos y culturales. Al abordar estos factores, los países pueden maximizar el impacto de las intervenciones dietéticas en los resultados de salud pública y los costos de la atención médica.

Así pues, el análisis de los diferentes sistemas de salud de países que incluyen la figura del dietista-nutricionista refleja tanto el ahorro económico como el impacto estadístico y clínicamente significativos en la salud y la calidad de vida de las personas, con un potencial coste-ahorro entre 5.5 y 99 euros por cada euro invertido en la intervención dietética.

Estudiando las experiencias que han tenido lugar a raíz de su integración en la oferta sanitaria pública se puede recoger los siguientes datos:

Tabla 3. Impacto de la inclusión del dietista-nutricionista en el sistema de salud a nivel mundial

País	Resultados/Beneficios	Ahorro/Costo-Beneficio
Estados Unidos	Reducción del 23% en la tasa de mortalidad. Reducción del 11,6% en estancias hospitalarias. Reducción del 43% en tasa de readmisión. Reducción del 50% en complicaciones hospitalarias.	Por cada dólar invertido en materiales y salarios (D-N incluidos), se ahorraron 4,2 dólares. Relación coste/beneficio: 205% - 596%.
Japón	Disminución de problemas relacionados con el tratamiento nutricional. Reducción de sepsis por catéter, ingesta inadecuada, úlceras por presión. Eliminación de infecciones nosocomiales. Reducción de estancia hospitalaria.	Ahorro de 1 millón de dólares por año en costes sanitarios.
Reino Unido	Reducción del 41% de nutriciones parenterales innecesarias. Reducción de mortalidad en pacientes con nutrición parenteral del 43% al 24% en un año.	Ahorro de 54.500 euros en nutrición parenteral el primer año.
Holanda	Mejora de la salud del paciente y su familia. Aumento de productividad del paciente.	Beneficio social de 0,4 a 1,9 billones de euros en 5 años por tratamiento de obesidad y enfermedades relacionadas. Por € invertido en consejo dietético, la sociedad obtiene 14-63€ netos a cambio.
Nueva Zelanda	Mejora clínica en enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y desnutrición.	Disminución de costes para el sistema sanitario.
Dinamarca	Reducción de 4 días de hospitalización. Reducción de complicaciones hospitalarias.	Ahorro de 67 millones de por reducción de hospitalización. Ahorro de 133 millones de por reducción de complicaciones.
Gran Bretaña	Reducción de 5 días de hospitalización.	Ahorro de 453 millones de €.
Canadá	El 17,5% de los individuos en atención primaria requieren intervención dietético - nutricional.	Tasa de asistencia de 1 dietista-nutricionista cada 16.000-29.000 pacientes al año.
Australia	Reducción del 30% en desnutrición hospitalaria. Reducción en incidencia de complicaciones y días de hospitalización.	Retorno económico de hasta. 5 dólares por cada dólar invertido en programas educativos comunitarios.
Alemania	Reducción en la duración de hospitalizaciones en pacientes quirúrgicos y oncológicos. Optimización de recursos hospitalarios.	Ahorros anuales de 800 millones de €.

Teniendo en cuenta que las intervenciones dietéticas han mostrado ser una estrategia coste-efectiva y que la inclusión del dietista-nutricionista en los equipos interdisciplinares suele conducir a aumentar la eficacia de los tratamientos, parece adecuado concluir como muy probable que la inclusión del dietista-nutricionista en equipos interdisciplinares mejora la eficiencia del sistema sanitario. Existen estudios individuales que así lo sugieren, sin embargo, estos son escasos y la posibilidad de agregación y generalización de los resultados es pequeña. A pesar de disponer de una modelización de la relación coste-beneficio de la inclusión del dietista-nutricionista en equipos interdisciplinares de otros países, es necesario tener un modelo propio, que se ajuste al contexto socio-económico español, es decir, a los costes y los salarios de los españoles y españolas.

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

Además, la inclusión del dietista-nutricionista podría respaldar los objetivos de salud pública más amplios de España, como se destaca en las políticas de la OMS. Por tanto, **incorporar dietistas-nutricionistas al sistema sanitario público español no es sólo una cuestión de mejorar los resultados sanitarios, sino también una necesidad económica para gestionar los costes sanitarios a largo plazo.**

4. NECESIDAD SOCIAL DEL DIETISTA - NUTRICIONISTA EN LA SANIDAD PÚBLICA

La alimentación es uno de los factores que más inciden en la salud de los ciudadanos, desempeñando un papel fundamental en el desarrollo y la calidad de vida de estos. En este sentido, la OMS establece que:

- El 75% de las defunciones en 2021 fueron por enfermedades no transmisibles (ENT).
- La mayor causa de defunción son las enfermedades cardiovasculares, seguida del cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Este grupo de enfermedades representa el 80% de todas las muertes prematuras por ENT.
- La diabetes ha pasado a ser una de las 10 causas principales de defunción, con un incremento del 80 % en los últimos 20 años.
- Los 5 aspectos principales que aumentan el riesgo de enfermedades no transmisibles son, en sentido decreciente:

- aumento de la tensión arterial.
- sobrepeso y obesidad.
- hiperglucemia.
- hiperlipidemia.
- ausencia de ejercicio físico.

En España, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) de 2023, muestran que algunas de las principales causas de muerte están relacionadas con la alimentación: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad hipertensiva, cáncer de colon, diabetes mellitus y diferentes tipos de cánceres.

En Andalucía, según el Ministerio de Sanidad, las cifras de mortalidad son alarmantes con respecto a las nacionales, debido a que la primera causa de defunción en mujeres andaluzas en el año 2022 fue el accidente cerebrovascular, presentando una mortalidad de



53,2 por cada 100.000 habitantes, siendo bastante menor en toda España, 39,2 por cada 100.000 habitantes, además de una de las cifras más altas a nivel nacional. En el caso de los hombres andaluces, la primera causa de muerte en el mismo año fue el accidente isquémico de corazón, falleciendo 95,7 por cada 100.000 habitantes, también siendo una cifra superior a la nacional, 80,7 por cada 100.000 habitantes.

El conjunto de patologías crónicas, principales causantes de mortalidad en España, constituye un verdadero problema de salud pública. Estas patologías influyen de forma sustancial sobre la calidad de vida y la economía a distintos niveles, individual, familiar y social. Así mismo, son la causa más frecuente de discapacidad adquirida de forma no traumática en adultos. Dada la relación etiológica entre la mayoría de enfermedades crónicas y hábitos alimentarios, muchos países comunitarios y extracomunitarios incluyen al dietista-nutricionista en sus sistemas nacionales de salud.

En la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma-Ata, se hace referencia a la salud de la población como objetivo social principal de los gobiernos. Además, la promoción y protección de la salud se consideran esenciales para mantener el desarrollo económico y social de un país. La atención primaria de salud cobra importancia, ya que se considera clave para la consecución de dichos objetivos.

Décadas después se ha legislado mucho sobre la salud en España; sin embargo, no se han conseguido los resultados deseables en lo referente a hábitos de alimentación y problemas de salud asociados, a juzgar por los datos de morbilidad y mortalidad de la población. La pandemia de la COVID-19 ha mostrado la falta de resiliencia en nuestras sociedades. Muchos de los factores sociales de la salud colapsaron repentinamente (desempleo, educación, reducción de los servicios de salud...). La COVID-19 ha demostrado cómo las vulnerabilidades en los sistemas sanitarios pueden tener profundas implicaciones para la salud, el progreso económico, la confianza en los gobiernos y la cohesión social.

La Asamblea General de las Naciones en 2019 se pronunció de manera contundente sobre la cobertura sanitaria universal (CSU) afirmando que “la salud es un requisito, a la vez que un resultado y un indicador, de las dimensiones social, económica y ambiental del desarrollo sostenible”. Además, reclamó el compromiso firme para “lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, con miras a ampliar las iniciativas emprendidas a nivel mundial para construir un mundo más saludable para todos”. El hecho de que los dietistas-nutricionistas no formen parte del sistema público sanitario en Andalucía supone que las personas con escasos recursos económicos no puedan acceder a determinados servicios sanitarios, encontrándose en desigualdad y sin cobertura sanitaria plena.

De igual modo, para que se materialice la “igualdad efectiva de la población”, el servicio ofrecido por el dietista-nutricionista debe estar disponible en el sistema público de salud para toda la ciudadanía. De modo que el sector poblacional con bajos recursos económicos, con mayor dificultad para acudir a un dietista-nutricionista con consulta privada, tenga la misma posibilidad que sectores de la población con mayor poder adquisitivo. Además, no debemos olvidar que las personas con economías más mermadas son más tendentes a verse afectadas por patologías crónicas derivadas de hábitos alimentarios poco saludables. De esa forma, sería plausible llevar a cabo la prevención o abordaje temprano de dichas afecciones minimizando así los riesgos asociados y los sobrecostes que recaen en la sanidad pública.



La obesidad y demás enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación y hábitos de vida son un problema difícil de abordar con las propuestas actuales como las que se recogen en la Estrategia Andaluza de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía o la Ley 17/2011, de 5 de julio, de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Uno de los proyectos es impartir formación a cargo de profesionales de diferentes áreas en materia de nutrición y dietética desde un amplio enfoque. Tal como

expone esta misma ley, se trata de una situación compleja que, a pesar de los muchos intentos para abordarla adecuadamente, se está manteniendo en el tiempo de forma no deseada. Por tanto, nos encontramos ante un tema que requiere atención urgente por profesionales especializados en la materia.

Según el nuevo estudio ALADINO de 2023, aunque se aprecia sólo una pequeña mejora en los datos de obesidad y sobrepeso en los menores de edad, sólo se produce en familias de rentas altas. Esta pequeña mejora se debe al estancamiento en los números correspondientes a familias con rentas más bajas, ya que para este grupo los datos son muy parecidos a los estudios ALADINO anteriores. Este hecho supone una posible cronificación del exceso de peso en los niños y niñas de familias vulnerables y un aumento de la desigualdad en la salud entre los menores de estas familias con menor renta respecto a las de rentas altas.

La Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre la Cobertura Sanitaria Universal, celebrada el 21 de septiembre de 2023, reafirmó que las personas con buena salud son la base de sociedades y economías sanas, y que la cobertura sanitaria universal es fundamental para alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Con base en la legislación vigente, la incorporación del dietista-nutricionista en el SAS, para atender las necesidades de la población, constituye un acto de coherencia por parte de las administraciones.

5. BENEFICIOS SOCIALES Y ECONÓMICOS DE LA INCORPORACIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD.

La incidencia de enfermedades relacionadas con la alimentación es cada vez más acusada a nivel mundial. La información que ofrece la OMS sobre el sobrepeso y la obesidad son realmente alarmantes. Se estima que uno de cada cinco españoles padecerá obesidad en 2030. Esta no es la única enfermedad susceptible de ser tratada a través de la alimentación. Los procesos patológicos como la diabetes, hipertensión arterial, cáncer o desnutrición relacionada con la enfermedad son procesos patológicos que deberían ser abordados por el dietista-nutricionista de forma complementaria al tratamiento médico.

5.1. BENEFICIOS CLÍNICOS OFRECIDOS A LA POBLACIÓN

Las cifras de **obesidad** en España, y concretamente en Andalucía, han ido en aumento en los últimos años. La Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) indica que, en 2020, el 55,8% de la población adulta en España tenía exceso de peso, con un 18,7% clasificado como obeso y un 37,1% con sobrepeso. Dentro del mismo trabajo, el 60% de la población adulta en Andalucía presentaba exceso de peso, el 21,7% padecía obesidad y 38,2% sobrepeso. Estas cifras sitúan a Andalucía como una de las comunidades autónomas con mayor prevalencia de obesidad en España.

Desde hace décadas se han llevado a cabo diferentes programas a todos los niveles, poniendo todos ellos de relevancia la necesidad de una intervención inmediata sobre la incidencia de obesidad y sobrepeso.

Existe evidencia consistente entre obesidad e **hipertensión**. El 55% de los pacientes con hipertensión arterial presentan obesidad. El simple hecho de un aumento de 10 kg de peso en una persona provoca un aumento considerable de la presión arterial (3 mmHg de PSA y 2,3 mmHg en la PAD) y un 35% de los casos desemboca en enfermedad coronaria.

El **cáncer** también está directamente relacionado con el sobrepeso y obesidad. La alimentación es clave tanto en la prevención como en el tratamiento de hasta 11 tipos diferentes de cánceres; según el informe de la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) "Las cifras del cáncer en España del 2021" las dietas inadecuadas se consideran uno de los cinco factores de riesgo evitables, los cuales son responsables de 1/3 de las muertes por cánceres. En el mismo informe se pone de relevancia la relación causal entre la obesidad y al menos nueve tipos de cáncer, con una incidencia total de unos 450.000 casos de cáncer anuales. En la misma línea, la *World Cancer Research Foundation* y el *American Institute for Cancer Research* estiman que las modificaciones sobre los factores de riesgo tales como el estilo de vida, incluyendo la

alimentación, podrían prevenir la aparición de entre un 30% y un 50% del cáncer.

Pero la alimentación no solo es fundamental en la prevención, se ha demostrado que los pacientes oncológicos con desnutrición sufren un retroceso durante la recuperación y toleran peor la quimioterapia.

La **diabetes mellitus tipo 2** es otra patología que se ve claramente condicionada por la obesidad. Los factores de riesgo que influyen determinantemente sobre la diabetes son el exceso de peso y el sedentarismo. Controlarlos supondría la prevención de hasta el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2.



Por tanto, la reducción de peso y la mejora de la composición corporal referida a la disminución de la fracción de grasa, son las principales líneas de actuación en los pacientes con obesidad; sin olvidar que el objetivo de dicha intervención es la prevención y mejora de las patologías mencionadas anteriormente.

Además de las patologías detalladas, se observa relación entre obesidad y otras enfermedades como dislipemia, reflujo gastroesofágico, colelitiasis, hígado graso, infertilidad, síndrome de ovario poliquístico, nefrolitiasis, insuficiencia venosa o ciertos tipos de demencias.

Por último, la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) advierte que las personas con al menos una enfermedad crónica asociada con el sobrepeso tienen un 8% menos de probabilidades de ser empleadas al año siguiente y, cuando tienen un trabajo, existe un 3,4% más probabilidades de estar ausentes o menos productivos.

En el extremo opuesto a la obesidad encontramos la **desnutrición** siendo un problema de salud que afecta al sistema sanitario tanto en atención primaria, como en centros sociosanitarios y hospitalarios. Entre la población hospitalizada la desnutrición afecta al 40% de los pacientes y en residencias de mayores al 60% de los ancianos.

El PREDYCES es un estudio transversal, en el que participaron 1.700 pacientes. Los dos objetivos principales del estudio fueron el análisis de la prevalencia de la desnutrición hospitalaria en España tanto al ingreso como al alta del paciente en el hospital y la estimación del coste económico asociado a la desnutrición hospitalaria. Los datos más significativos sobre la relación existente entre la hospitalización y el grado de desnutrición en el momento del ingreso, el riesgo de desnutrición durante la hospitalización y al alta hospitalaria son los siguientes:

- El 9,6% de los pacientes que ingresan con un estado nutricional óptimo desarrollaron desnutrición durante su hospitalización.
- 1 de cada 4 pacientes ingresados en los hospitales españoles padecen de desnutrición. Además, el 23% de estos están en riesgo de sufrirla.

- La estancia hospitalaria promedio es significativamente superior en pacientes con desnutrición al ingreso, 11,5 días frente a 8,5 días en pacientes con buen estado nutricional y, aquellos que presentaban desnutrición alta, 12,5 días frente a 8,3 días en pacientes bien nutridos.
- La principal consecuencia de la desnutrición es una mayor incidencia de complicaciones, mayor duración de la estancia hospitalaria, y un sobrecoste asociado de hasta el 50% adicional respecto a los pacientes no desnutridos.

En países como Holanda, Dinamarca o Reino Unido se han desarrollado e implantado guías donde se determina la realización de cribado nutricional al ingreso y al alta hospitalaria en residencias de ancianos y otras instituciones sociosanitarias a fin de detectar riesgo de desnutrición.

Tomando como ejemplo estos planes estratégicos, la Sociedad Española de Nutrición Clínica y Metabolismo (SENPE) y la Fundación Abbott presentan una Proposición No de Ley para imponer el cribado nutricional al ingreso de los pacientes.

Estas estrategias señalan de manera directa al dietista-nutricionista, que es el profesional sanitario idóneo para realizar cribados nutricionales, prevenir y revertir la malnutrición del paciente y, a pesar de aprobar por unanimidad esta PNL el 1 de marzo del 2018, el abordaje de esta patología sigue sin ser correcto ni completo al no contar con dietistas-nutricionistas dentro de los equipos interdisciplinarios.

Durante la pandemia de **COVID-19**, se pudo ver la relación entre nutrición y el pronóstico de evolución de pacientes con esta patología. Recientes estudios reportan que la obesidad se asocia con la necesidad de hospitalización y las demás complicaciones graves de la enfermedad (el 40% de los pacientes hospitalizados por COVID-19 eran obesos, frente al 15% de los no hospitalizados).

Esto pone de manifiesto que la situación de malnutrición tan acuciada en nuestra población se debe en parte a la ausencia de profesionales especializados en nutrición y dietética. Profesionales que asesoren a la población sobre la alimentación más adecuada y que trabajen con objetivos nutricionales claros y orientados a la recuperación del paciente.

5.2 BENEFICIOS ECONOMICOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN-NUTRICIÓN

El trabajo del dietista-nutricionista en el sistema público se tornaría visible no solo a nivel de los usuarios sino también en el ahorro del coste sanitario, ya que menor cantidad de enfermedades crónicas se traducen en menor número de consultas en atención primaria, ahorro farmacológico y menor número de hospitalizaciones por complicaciones.

Numerosos estudios han analizado el impacto económico que la obesidad provoca en los servicios de salud, y los posibles beneficios derivados de la previsión y/o tratamiento de este exceso de peso en la población.

Tabla 4. Factores económicos derivados de la prevención y/o tratamiento de la obesidad

OBESIDAD	Resultados/Beneficios
Ministerio de Sanidad	<ul style="list-style-type: none"> • El exceso de peso entre la población adulta española se ha incrementado desde la creación de los registros poblacionales. • Costes médicos extra directos: 524 millones de euros anuales, coste total 1.950×10^3 millones de euros. Es el 2% del presupuesto sanitario de 2016. • Se espera un 16% más de casos en 2030 y un 58% más de costos médicos adicionales directos.
World Obesity Federation	<ul style="list-style-type: none"> • Costes relacionados con obesidad y el sobrepeso en España: más de 25.000 millones de euros y crecerán un 211% hasta el año 2060, alcanzará entre 2,4% y un 4,8% del PIB español. • En 2019 le costó a España 25.136 millones de euros, siendo un gasto per cápita de 537 euros, pudiendo alcanzar un coste per cápita de 1.289 euros.
OCDE	<ul style="list-style-type: none"> • Los españoles con sobrepeso viven 2,6 años menos de media con respecto a los ciudadanos sin sobrepeso. • La intervención dietética supondría prevenir hasta 96.000 enfermedades no transmisibles de aquí al año 2050, ahorrar 32 millones de euros al año en costes sanitarios, aumentar el empleo y la productividad en una cuantía equivalente a 4.000 trabajadores a tiempo completo anualmente. • Con cada euro invertido en la promoción de estilos de vida saludables se consiguen hasta 6 euros de beneficios económicos. • “La Pesada Carga de la Obesidad” que reduce la producción del mercado de trabajo estimada en torno a los 479.000 trabajadores a tiempo completo por año.
Evidence Analysis Library	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la relación coste-eficacia derivados de los servicios ofrecidos por dietistas-nutricionistas en entornos hospitalarios. • Se concluye que la inclusión de dietistas-nutricionistas generó un ahorro en costes sanitarios derivados principalmente de una menor estancia hospitalaria y de una menor necesidad de uso de nutrición parenteral. • Para la disminución de un día de estancia hospitalaria, se tuvieron que invertir 76 €, cantidad que conduce a un balance positivo, dado que el coste de un día de estancia hospitalaria es mucho más alto. <p>El ahorro sanitario anual generado en dichos estudios en relación a evitar 55 nutriciones parenterales y 35 episodios de sepsis relacionadas con catéter, fue de 2.264 euros por paciente.</p>
Grupo Cochrane	Concluye que se debe valorar el impacto de la inclusión de dietistas-nutricionistas en la eficiencia de los sistemas sanitarios en cuanto a la prevención del sobrepeso y la obesidad.
Dee et al.	Los costes totales asociados al sobrepeso y obesidad en Canadá fueron $7,3 \times 10^3$ millones de euros, en USA $51,92 \times 10^3$ millones y en Alemania $11,01 \times 10^3$ millones.
Goettler A, Grosse A, Sonntag D.	El exceso de coste anual por persona con sobrepeso u obesidad referente a personas con normopeso fue de 54-161\$ frente a 89-1.586\$, siendo los motivos más frecuentes el absentismo, presentismo, discapacidad y mortalidad prematura.

Los países de la OCDE destinan aproximadamente el 8,4% de su presupuesto sanitario para facilitar el tratamiento de las enfermedades relacionadas con la obesidad. Las personas que la padecen, usan con más frecuencia los servicios de atención primaria, se someten a un mayor número de cirugías y su tratamiento farmacológico es mayor.

En estos países, el 70 % de los costes del tratamiento de la diabetes, el 23 % del coste de las enfermedades cardiovasculares y el 9 % del coste del tratamiento del cáncer es derivado del sobrepeso. La OCDE estima que el tratamiento de las enfermedades derivadas del sobrepeso costará unos 423.000 millones de dólares anuales en gran parte de los países miembros.

Actualmente, existen suficientes datos que establecen conexión entre el coste sanitario con las enfermedades relacionadas con la nutrición, entre las que destaca la diabetes mellitus: en la actualidad un 10-15 % de la población adulta tiene esta enfermedad diagnosticada, lo que supone un coste económico de un 5-10 % del presupuesto sanitario. Se prevé que para el año 2030 habrá más de 600 millones de diabéticos en el mundo, lo que supondría alcanzar un coste económico del 40 % del total del presupuesto sanitario destinado a la población.

Ya se analizó en el estudio “Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España” (Estudio SECCAID: *Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in*

Diabetes) el coste directo total anual de la diabetes:

Tabla 5. Costes sanitarios directos ligados a la diabetes y sus complicaciones en España		
Costes directos	Millones de euros	% sobre el total
Costes farmacológicos	2232	38
Costes hospitalarios	1934	33
Costes en Atención Primaria	1643	28
COSTE DIRECTO TOTAL	5809	

Estos datos suponen el 8.2% del gasto sanitario total para el SNS, aunque teniendo en cuenta el elevado infradiagnóstico de esta enfermedad, se estima que el gasto real podría ascender a 8.787 millones de euros, un 12.5% del gasto sanitario.

El estudio PREDIMED señala, además, que una intervención nutricional fomentando la dieta mediterránea y cambios de hábitos hacia una vida saludable reduciría el 30% de pacientes con enfermedades **cardiovasculares y reduciría la incidencia de DM2**. Estados Unidos ya cuenta con el programa DPP (*Diabetes Prevention Program*) que se basa en similares líneas de actuación: implementación de cambios del estilo de vida. Está enfocado a la reducción de casos de prediabetes y DM2.



El *Diabetes Prevention Program Outcomes Study* (DPPOS) (NIDDK y el Estudio de Resultados del DPP en curso) ha realizado un seguimiento de los participantes del programa DPP desde 2002 hasta la actualidad donde se ha visto que la aparición de la diabetes tipo 2 se ha retrasado 15 años. Tras 10 años de la puesta en marcha del programa se ha demostrado además la rentabilidad del mismo debido a la prevención de la diabetes y mejora de la salud general. Esto ha supuesto un ahorro y disminución de los gastos de atención médica.

Las **enfermedades cardiovasculares** suponen en nuestro país un 15% de los costes sanitarios totales. Sólo la enfermedad isquémica del corazón ocasiona un gasto sanitario anual de 1.949 millones de euros.

En nuestro Sistema Nacional de Salud las enfermedades no transmisibles suponen un coste que va desde los 760 € en la obesidad, 1.312 € en la hipertensión arterial y 1.907 € en la diabetes mellitus tipo 2 a los 8.767 € en los accidentes cerebrovasculares por persona. Estos gastos son el resultado de las consultas médicas, fármacos, estancias hospitalarias, incapacidad laboral, etc.

Igualmente, la **Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE)** incrementa los costes sanitarios por una mayor estancia hospitalaria, mayor incidencia de complicaciones infecciosas y no infecciosas, mayor necesidad de tratamientos, incremento de los reingresos, estancias más prolongadas en unidades de cuidados intensivos y/o la necesidad de derivación al alta a centros de continuación de cuidados.

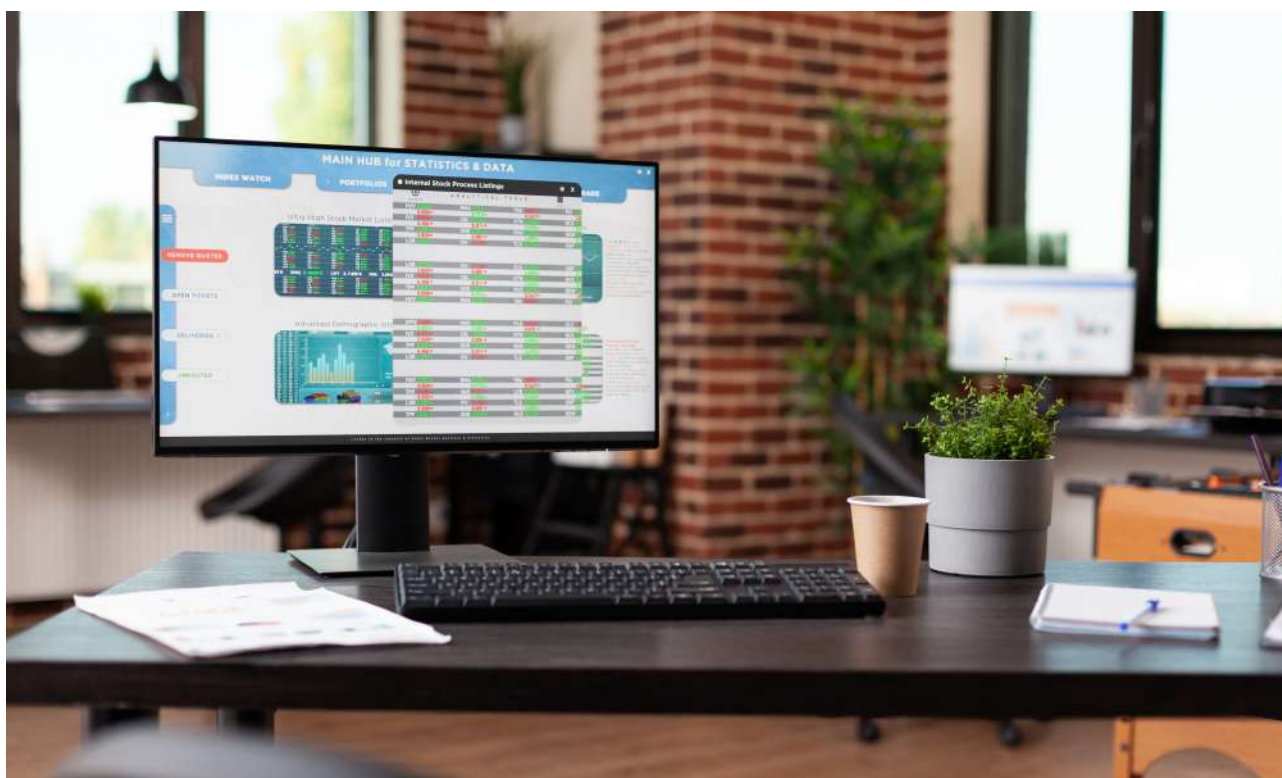
Tabla 6. Factores económicos derivados de la prevención y/o tratamiento de la DRE.	
DESNUTRICIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMEDAD	Resultados/Beneficios
UE	El gasto estimado derivado de la DRE en Europa, que alcanza los 171 x 10 ⁹ € por año, sería prevenible con las intervenciones adecuadas.
Estudio Philipson	<ul style="list-style-type: none"> • El uso de suplementos nutricionales orales supuso la disminución del 21,0% de la duración de la estancia hospitalaria (2,3 días menos); la reducción al 6,7% de la tasa de reingresos a los 30 días y la reducción del 21,6% en el coste por episodio. • Cada dólar gastado en suplementos produciría un ahorro neto de 53,63 \$ del coste de episodio.
Estudio PREDyCES	<ul style="list-style-type: none"> • El coste hospitalario fue más elevado en los pacientes que ingresaron con riesgo nutricional en comparación con el coste derivado de la atención a los pacientes sin riesgo de desnutrición al ingreso: 8.207 € frente a 6.798€, con una diferencia media de 1.409 € por enfermo. • La diferencia entre el gasto generado por la atención a los pacientes que sufrieron desnutrición durante la estancia hospitalaria respecto al gasto de aquellos que no presentaron desnutrición fue de 12.237€ frente a los 6.408€.
Estudio de Toledo sobre Envejecimiento Saludable	Estar en riesgo de desnutrición o estar desnutrido se asoció con una mayor utilización de medicamentos, mayores tasas de ingreso hospitalario y estancias más prolongadas, y mayores costos de hospitalización.
Julia Álvarez Hernández. "Apuntes sobre el coste-efectividad de la terapia nutricional con suplementación oral en la recuperación integral del paciente con DRE"	<ul style="list-style-type: none"> • Explica que el tratamiento integral de la DRE, con terapia nutricional individualizada y programa personal de ejercicio físico es regular y efectivo. • Recalca que los estudios de coste-efectividad del soporte nutricional en pacientes desnutridos suponen un beneficio tanto para el paciente como para el sistema, ya que reduce la morbilidad y además supone un ahorro económico al tener estancias hospitalarias más cortas, menor necesidad de tratamiento y una reducción de los reingresos. Por ello, invertir en tratamientos nutricionales se puede considerar una inversión de salud que supone un ahorro a largo plazo.
M. Elia	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión sistemática sobre el coste-efectividad del empleo de suplementación oral en pacientes con cáncer en centros hospitalarios. • Reducción del 35% de aparición de complicaciones y la reducción de la estancia hospitalaria de dos días.
Snyder y cols.	Resta anualmente 670.000 QALY (años de vida ganados ajustados a la calidad)

5.3 RELACIÓN COSTE/BENEFICIO DE LA INCORPORACIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA AL SISTEMA ANDALUZ DE SALUD

El estudio de la relación entre costes y beneficios que justificaría la incorporación del dietista-nutricionista en el SAS no es sencillo. Las principales dificultades las encontramos al 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.

No obstante, según un estudio llevado a cabo por la Fundación Española de la Nutrición, la influencia económica que provocaría la inclusión de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud varía entre 1-22€ por cada euro invertido en desnutrición hospitalaria, 5€ por cada euro invertido en el tratamiento de dislipemias y entre 14-63€ por cada euro invertido en el tratamiento del sobrepeso con patologías asociadas. En cifras generales, la intervención del dietista-nutricionista puede suponer un ahorro de 5-99 € por cada euro invertido en tratamiento dietético.



6. PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA AL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La literatura científica ha demostrado de manera contundente a través de publicaciones en revistas de impacto, el interés común que existe sobre la incorporación del dietista-nutricionista. Los dietistas-nutricionistas son profesionales multidisciplinares, capacitados para evaluar el estado nutricional de las personas, diseñar planes alimentarios personalizados, educar en hábitos saludables y llevar a cabo investigación en diversos ámbitos. Su ámbito de actuación es amplio, abarcando desde centros de salud y hospitales hasta colegios y residencias.

La presencia de dietistas-nutricionistas en los servicios sanitarios mejora notablemente la calidad asistencial, optimizando la intervención nutricional en pacientes, su calidad de vida y mejorando la línea de humanización. En línea con las recomendaciones de la SEEN, se sugiere una ratio de un dietista-nutricionista por cada 200 camas hospitalarias, adscrito al Servicio de Endocrinología y Nutrición.

Tabla 7. Propuesta de incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Andaluz de Salud por parte de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionista (2009) (adaptación).

Áreas de incorporación	Propuesta
Atención primaria	1 dietista-nutricionista cada 20.000 tarjetas sanitarias.
Atención especializada	Unidad U.11. Dietética y nutrición: 1 dietista-nutricionista cada 75- 100 camas en calidad de integrante o responsable de las unidades asistenciales con enfermedades relacionadas con la dietética y nutrición. U.6. Alergología, U.7. Cardiología, U.9. Aparato Digestivo, U.10. Endocrinología, U.12. Geriátría, U.14. Nefrología, U.15. Diálisis, U.19. Oncología, U.20. Pediatría, y U.69. Psiquiatría: 1 dietista-nutricionista por unidad asistencial en calidad de integrante. Servicio de alimentación del hospital (restauración hospitalaria): al menos 1 dietista-nutricionista en calidad de responsable.
Salud pública y preventiva	1 dietista-nutricionista cada 500.000 habitantes.

Sin embargo, las propuestas generales pueden no ser suficientes para hospitales de alta complejidad. Por ello, se sugiere realizar un análisis individualizado de las necesidades de cada área, servicio y unidad, asegurando así una atención nutricional personalizada y eficiente. Esta evaluación debe realizarse tomando como referencia los mínimos establecidos anteriormente.

Es de relevancia destacar el hecho de que, en su cometido por alcanzar este objetivo, y siendo conscientes de los beneficios que reportaría a la salud de la ciudadanía andaluza, numerosas entidades han mostrado su apoyo a CODINAN a través de aval que respalda la inclusión del dietista-nutricionista dentro de la cartera de servicios del SAS.



Tabla 8. Entidades que han mostrado su apoyo a CODINAN a través de firma de aval para la inclusión del dietista-nutricionista en el SAS

ASOCIACIONES

Asociación de intolerantes a la lactosa España (ADILAC)
Asociación Andaluza Corazón y Vida
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal (AACIB)
Asociación Andaluza de Hemofilia (ASANHEMO)
Asociación de Enfermos de Crohn y Colitis Ulcerosa (ACCU SEVILLA)
ELA Andalucía
TCA Andalucía

FEDERACIONES

Federación de Asociaciones de Celíacos de Andalucía (FACA)
Federación de Asociaciones de Celíacos de Andalucía (FACA)

SOCIEDADES

Sociedad Andaluza de Endocrinología, Diabetes y Nutrición (SAEDYN)
Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFyC)
Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)
Sociedad Andaluza de Medicina Preventiva y Salud Pública (SAMPSPGS)
Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Dietética (SANCYD)
Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (SAPD)
Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura (SAPAOYEX)

CONSEJOS Y COLEGIOS SANITARIOS

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla (ICOES)
Colegio Oficial de Logopedas de Andalucía (COLOAN)
Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental
Ilustre Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Oriental
Colegio Profesional de Podólogos de Andalucía (COPOAN)
Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Andalucía (COPTOAND)
Consejo Andaluz de Colegio de Médicos (CACM)
Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía (COLIFISIO)
Colegio de Ópticos-Optometristas de Andalucía (COOOA)

FUNDACIONES

Fundación Héroes

7. FUNCIONES A REALIZAR POR EL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Las funciones y competencias que puede desarrollar el dietista-nutricionista en el sistema público de salud se pueden dividir en según los distintos niveles asistenciales y servicios: centros sanitarios de atención primaria o consultas externas, centros de atención hospitalaria, unidades de hospitalización, unidades de nutrición clínica, servicio de restauración de los mismos y salud pública o ámbito sanitario.

7.1 FUNCIONES DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y/O CONSULTAS EXTERNAS

Los pacientes pueden ser derivados al dietista-nutricionista de atención primaria, ya sea procedentes de las unidades de hospitalización que aconsejen esta visita en el informe de alta hospitalaria, del área de asistencia primaria cuando el profesional de esta área así lo aconseje o de interconsultas hechas por profesionales de otras especialidades.

FUNCIONES GENERALES

- Organizar, desarrollar, coordinar y evaluar todos los programas, investigaciones y actividades en las que haya implicación general y especializada de nutrición clínica dentro de hospitales y áreas de atención sanitaria.
- Constar como responsables de las unidades asistenciales U.11 hospitalarias.
- Aplicar protocolos de evaluación nutricional al paciente para prevenir la desnutrición hospitalaria.
- Implicarse en las comisiones de trabajo hospitalarias y de investigación que tengan áreas como la alimentación, la nutrición y la dietética.
- Trabajar apoyando dentro de diferentes áreas: a nivel hospitalario, de atención primaria y consultas externas, así como asistencia domiciliaria.
- Crear protocolos de trabajo aplicados a las diferentes áreas sanitarias.
- Crear, revisar, ampliar y actualizar el código de dietas vigente.
- Formar parte de las reuniones multidisciplinares con el resto de sanitarios: médicos, enfermeros, fisioterapeutas, técnicos superiores en dietética.
- Participar en los programas de formación continuada.
- Coordinar el trabajo de los técnicos superiores en Dietética.
- Dirigir tesis doctorales e investigaciones relacionadas con nutrición clínica, así como supervisar prácticas clínicas curriculares de estudiantes del grado de Nutrición Humana y Dietética y del técnico superior en Dietética.
- Desarrollar cribados nutricionales y aplicar cuestionarios validados para prevenir desnutrición hospitalaria, tanto al ingreso, durante la estancia y tras el alta hospitalaria.

FUNCIONES ESPECÍFICAS

- Pasar consulta para tratar pacientes con desnutrición, riesgo de padecerla y con patologías crónicas como obesidad, síndrome metabólico, diabetes, enfermedades autoinmunes, enfermedades inflamatorias intestinales, etc. El dietista-nutricionista se encargará en cada visita de:
- Realizar una valoración completa del estado nutricional e identificar los problemas dietético-nutricionales del paciente con el fin de establecer los objetivos del tratamiento individualizado.
- Calcular las necesidades nutricionales del paciente.
- Establecer el tratamiento dietético personalizado y asegurarse de que el paciente comprenda en qué va a consistir dicho tratamiento.
- Seguimiento de pacientes con tratamiento dietético y planificación de los controles posteriores. La finalidad es corregir posibles desvíos del tratamiento pautado, observar la evolución del paciente y trabajar para conseguir una mayor adherencia del tratamiento.
- Participar en la indicación del soporte nutricional artificial: colaborar en la selección de la fórmula, vía de acceso (enteral y/o parenteral) y técnica de administración, así como coordinar la retirada del soporte nutricional artificial y dar paso a otras formas de alimentación.
- Desarrollar programas de educación nutricional en coordinación con el resto de profesionales sanitarios.
- Realizar programas de intervención comunitaria. Diseñar, planificar y/o realizar programas de educación alimentaria y nutricional. Impartir talleres informativos a usuarios sanos en los propios centros de atención primaria o en centros cívicos del barrio.
- Elaborar programas de educación nutricional de manera conjunta con otros servicios para educar a pacientes en las distintas etapas de la vida: embarazo, lactancia, infancia, tercera edad, etc.
- Participar en las terapias de grupo: diabéticos, pacientes renales, obesos, etc.
- Servir de apoyo a otros profesionales.
- Participar en la coordinación de la relación entre los diferentes niveles asistenciales en los temas relacionados con la nutrición y la dietética (atención primaria – atención hospitalaria).

7.2 FUNCIONES DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN CENTROS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

Los dietistas-nutricionistas forman parte de unidades asistenciales en el área de hospitalización, UCI, así como observación y urgencias, desarrollando las siguientes tareas:

- Evaluar el estado nutricional y de hidratación del paciente al ingreso mediante historia dietética y test de cribado nutricional.
- Calcular las necesidades nutricionales del paciente y valorar los registros de ingesta diarios.

- Elaborar un plan de intervención individual según su patología y la prescripción nutricional (oral, sonda, nutrición enteral o parenteral), marcando los objetivos pertinentes.
- Informar al enfermo y a sus familiares de las características de la dieta/pauta nutricional prescrita.
- Monitorizar el adecuado consumo de alimentos y agua desde su llegada a urgencias, hasta su posterior hospitalización en planta, UCI u observación, si estas fueran necesarias.
- Intercambiar información con el personal de planta sobre las características de la dieta establecida, así como otros aspectos relacionados con el paciente y que sean relevantes: actitud, aceptación, posible interacción con la medicación, problemática, etc.
- Realizar la monitorización y el seguimiento. Asistir con el equipo terapéutico a las visitas al enfermo para aconsejar los cambios a introducir en la dieta/pauta alimentaria, de acuerdo con la evolución del paciente.
- Intervenir en las sesiones clínicas relativas a la terapia del enfermo.
- Elaborar informes de forma detallada sobre la dieta o pauta nutricional al alta, y asesorar al paciente y/o familiares y evaluar la necesidad de seguimiento desde consultas externas o en primaria.
- Elaborar protocolos de actuación del soporte nutricional, de seguimiento y evaluación nutricional del enfermo.
- Colaborar en la decisión de las necesidades sobre productos, fórmulas, material fungible, etc.
- Colaborar con la dirección del hospital para sensibilizar al equipo asistencial sobre la importancia del estado nutricional de los pacientes, utilizando herramientas de cribado para detectar el riesgo nutricional de los pacientes y fomentar la formación continuada en materia de alimentación y nutrición a otros profesionales sanitarios fundamentales en el seguimiento del paciente.



7.3 FUNCIONES DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN RESTAURACIÓN HOSPITALARIA

- Participar en la gestión y en la organización del servicio de restauración.
- Vigilar la calidad y la salubridad de los alimentos durante todo el proceso de producción, emplatado y distribución.
- Participar en el diseño y seguimiento de la Guía de Buenas Prácticas y documento de Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC).
- Elaborar, revisar y supervisar periódicamente los menús y dietas especiales, optimizando el presupuesto para conseguir una oferta gastronómica aceptable, asegurando variedad y estacionalidad.
- Formular las fichas técnicas de los platos, junto con el jefe/a de cocina asegurando un adecuado aporte nutricional.
- Adaptar la producción de platos con el fin de reducir el desperdicio alimentario.
- Coordinar y desarrollar los programas de formación continua del personal del servicio de restauración y manipuladores de alimentos. La actualización formativa abarcaría los siguientes temas: calidad, seguridad e higiene de los alimentos, su correcta manipulación, control de alérgenos y bases nutricionales de la alimentación.
- Actuar como enlace entre los profesionales del servicio de alimentación y las unidades de hospitalización.

7.4 FUNCIONES DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN SALUD PÚBLICA

Actúa sobre la población en general, desde entidades diversas, desarrollando y participando en programas de políticas alimentarias de prevención y salud en general, y de educación alimentaria, dentro del marco de la salud pública y la nutrición comunitaria.

- Fomentar estilos de vida saludables para disminuir riesgo de sobrepeso y obesidad en distintos colectivos mediante programas de educación nutricional.
- Establecer un sistema de vigilancia del servicio de alimentación de los centros sociosanitarios: Evaluar calidad de los platos, mejorar el perfil nutricional de los menús, asegurar la inclusión de alimentos de temporada.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones nutricionales.
- Desarrollar y participar en estudios de intervención y del estado nutricional en todas sus fases, diseñando y validando cuestionarios y otras herramientas de evaluación; participando en la elaboración del protocolo del estudio; atendiendo a la vigilancia nutricional de colectivos vulnerables (escolares, ancianos, población de riesgo, etc.).

A su vez, y dentro de estos niveles asistenciales, el dietista-nutricionista puede integrarse en equipos de investigación dirigidos bien por el centro, por la universidad o por laboratorios externos, y colaborar como tutor laboral de alumnos del grado. La figura del dietista-nutricionista investigador está capacitado para integrarse en un equipo multidisciplinar de investigación y desarrollo, potenciando la investigación en el área de la alimentación, la nutrición y la salud.

8. JUSTIFICACIÓN JURÍDICA DE LA NECESIDAD DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN SANIDAD PÚBLICA

La Constitución Española encomienda a los poderes públicos velar por el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos mediante la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

Esta norma del ordenamiento jurídico establece el reconocimiento universal, con el máximo rango normativo, para el derecho a la protección de salud de todos los españoles (artículo 43). En el año 1986 se aprueba la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, donde las competencias en materia de sanidad se transfieren a las comunidades autónomas.

España es el único país de la Unión Europea que no cuenta de forma plena en su sistema sanitario con la presencia de dietistas-nutricionistas (excepción hecha de las CCAA de Cataluña, Comunidad Valenciana y Galicia, de forma relevante), aun tratándose de una profesión sanitaria titulada por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

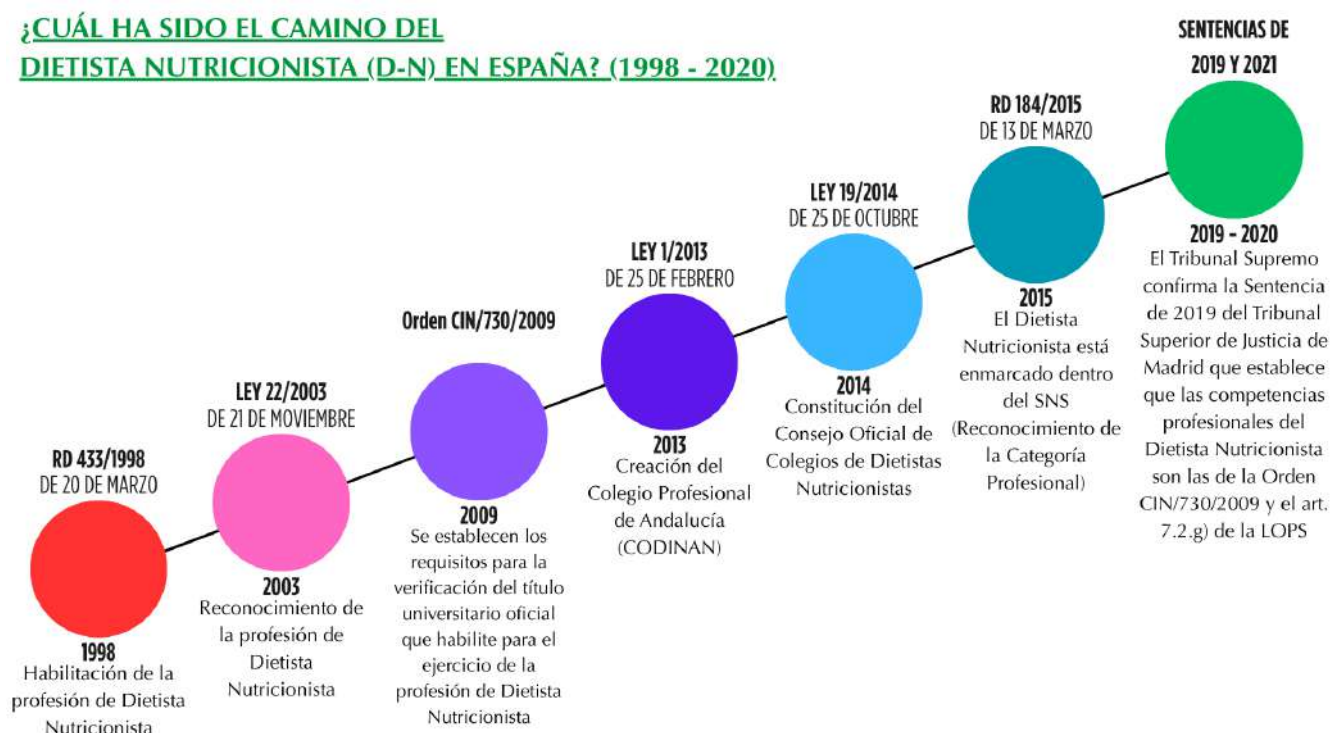
En el año 2015, a través de la aprobación del Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, se considera la categoría profesional del dietista-nutricionista en el SNS. Sin embargo, son las comunidades autónomas, mediante la consejería correspondiente, las

que tienen la última palabra para poder avanzar hacia la introducción e incorporación progresiva del dietista-nutricionista en la plantilla orgánica de los distintos servicios de salud.

En Andalucía, el 13 de febrero de 2013 en el Parlamento de Andalucía se aprueba por unanimidad la Ley de Creación del Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía (CODINAN), publicada en el BOJA del 4 de marzo de 2013, nº 43, página 11. Tras la tramitación de la comisión gestora el Colegio Profesional de Dietistas-Nutricionistas de Andalucía se constituye de manera oficial el 14 de diciembre de 2013.

Según los datos publicados en noviembre de 2020 por el Instituto Nacional de Estadística, aportados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas, en España hay 4.625 dietistas-nutricionistas colegiados, un 13% más respecto al año anterior.

¿CUÁL HA SIDO EL CAMINO DEL DIETISTA NUTRICIONISTA (D-N) EN ESPAÑA? (1998 - 2020)



8. 1 NORMAS JURÍDICAS DE APLICACIÓN

Las normas jurídicas tomadas en consideración para la elaboración del presente informe son las que se exponen a continuación:

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen las autorizaciones sanitarias y se crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios.

- Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, la que establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de dietista-nutricionista.

Junto a dichas normas, resulta de esencial aplicación la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 10 de mayo de 2021 que confirmó la del Tribunal Superior de Justicia de Madrid que consagra la necesidad del resto de profesiones sanitarias de respetar las competencias definidas en el conjunto que forman el artículo 7.2.g) de la LOPS y la Orden CIN/730/2009.

El apartado 5º del Anexo de esta Orden establece los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de DIETISTA-NUTRICIONISTA, y se detallan las competencias que deben adquirir y adquieren los estudiantes al superar cada uno de los módulos que necesariamente debe contener el plan de estudios del Grado en Nutrición Humana y Dietética. Éstas son pues las competencias de las que como referente limitativo hemos de partir y que ejercen los dietistas-nutricionistas en su actividad profesional, y que las demás profesiones sanitarias, dentro de su ámbito competencial, deben reconocer y respetar de conformidad con lo dispuesto en el mismo artículo 7 de la LOPS.



8.2 RESUMEN EJECUTIVO

1. El dietista-nutricionista es un profesional sanitario según reconoce expresamente la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Sus competencias no pueden ser desarrolladas por otros profesionales sanitarios titulados (de nivel universitario, art. 2 LOPS) ni, mucho menos, no universitarios (del área de formación profesional, artículo 3 LOPS), que han de actuar, conforme ha sido confirmado por los Tribunales, “bajo el control” de los profesionales titulados.
2. El dietista-nutricionista es un profesional sanitario dotado de conocimientos especializados para el tratamiento de patologías a través de la alimentación, la nutrición y la dietética, a diferencia de otros profesionales sanitarios, como los graduados en Enfermería o Farmacia, que solo cuentan con conocimientos genéricos y, por tanto, insuficientes, en esta materia, conforme han confirmado igualmente los Tribunales (Sentencia recurso Farmacia, Sentencia recurso Enfermería)
3. El dietista-nutricionista, dada su condición de profesional sanitario, ha de prestar sus servicios bajo el paraguas de la Unidad Asistencial U.11 de Nutrición y Dietética, de la que no pueden ser titulares otros profesionales sanitarios sin conocimientos especializados en alimentación, nutrición y dietética y, por supuesto, técnicos que no ostentan la condición de profesional sanitario y sí de profesional del área sanitaria.

8.3 LA NECESIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE LOS DIETISTAS-NUTRICIONISTAS POR MEDIO DE UNIDAD ASISTENCIAL U.11

En consonancia con el contenido material de las actividades o servicios sanitarios atribuidos a los dietistas-nutricionistas, la normativa sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios atribuye a los dietistas-nutricionistas la necesidad de prestación de sus servicios por medio de la unidad asistencial U.11 que es definida por el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, como:

“Aquella unidad que, bajo la supervisión de un facultativo, se encarga de la adecuada nutrición de los pacientes ingresados y de los que precisan continuar el tratamiento tras el ingreso.”

Por tanto, puede observarse como dentro de esta unidad asistencial se da cabida al tratamiento no sólo de pacientes sin patologías sino también a pacientes con patologías y en los que la alimentación forma parte de dicho tratamiento.

Esta interpretación se sostiene analizando, detenidamente, sus partes integrantes:

1º.- *“Adecuada nutrición”*.- Como se desprende no sólo del contenido de la definición sino también de la denominación de la U.11, estamos ante una unidad específicamente destinada a

atender a una adecuada nutrición y alimentación de personas.

Por tanto, ocupaciones propias, entre otras, de la figura profesional del dietista-nutricionista.

2º.- *“De los pacientes ingresados y de los que precisan continuar el tratamiento tras el ingreso”*.-

De una inicial y simple lectura, se desprende que será necesario el tratamiento a nivel alimentario y de nutrición en la U.11 de aquellos pacientes que adolezcan de una patología previamente diagnosticada por profesional sanitario habilitado para ello, entendiendo por patología no sólo algunas tales como la diabetes o la hipertensión sino también la obesidad con >30 de índice de masa corporal (IMC).

Puede entenderse como lógico este límite, ya que el correcto tratamiento de la salud de los pacientes requiere del cumplimiento de unos estándares mínimos de calidad cuando dicho tratamiento se encuentra cualificado, esto es, cuando concurre una patología y para el control de dicha calidad es para lo que se viene exigiendo por los poderes públicos una serie de autorizaciones administrativas a las que se unen las previas de titulación.

Ahora bien, no obstante, la redacción literal de la definición de la U.11, no se viene requiriendo como elemento esencial el previo internamiento del paciente.

En este sentido ya se han pronunciado la propia Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía:

[...] los órganos de la administración encargados de gestionar las autorizaciones administrativas consideran que la definición de la unidad de Nutrición y Dietética, al determinar los tipos de pacientes a los que va dirigida su actuación, incluyen tanto a los ingresados como a los que continúen el tratamiento tras el ingreso. Parece acertado en este punto admitir que deba considerarse dentro de esta actividad igualmente a los pacientes respecto de los que, no habiendo sido ingresados en ningún momento (ya sea porque el centro en cuestión no tenga la capacidad de ingreso o bien porque no sea necesario para el tratamiento del paciente), sí sea necesario establecer un tratamiento que incluya un control nutricional periódico;

o dicho de otro modo: en los casos en que la dieta constituya el tratamiento.

En consecuencia, la actividad sanitaria de nutrición y dietética podrá y deberá ser autorizada tanto a aquellos centros que presten servicios de atención nutricional y dietética a personas con procesos patológicos, como a personas con necesidades fisiológicas especiales siendo, en todo caso, necesario, como parte integrante de su tratamiento, no solo el mero consejo nutricional sino, adicional e inseparablemente, la elaboración de dietas a través de las que tratar las indicadas patologías o necesidades fisiológicas.



9. CONCLUSIONES

Existe suficiente bibliografía para afirmar que la incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Andaluz de Salud es necesaria y urgente. La legislación necesaria para ello ya es un hecho, siendo el siguiente paso poner en marcha una fase de ejecución en la que se fijen el número de plazas de dietistas-nutricionistas necesarios y establecer el tipo de contrato y el sistema de acceso a dichas plazas.

Las últimas encuestas nacionales de salud muestran que los factores de riesgo cardiovascular, metabólicos y de otras enfermedades crónicas, como hipertensión o diabetes, siguen aumentando considerablemente, habiéndose duplicado la prevalencia de alguna de estas patologías casi el doble en los últimos 25 años; en todas ellas destaca como factor de riesgo los hábitos de vida, entre ellos, la alimentación, la cual juega un papel principal.

Además, existe una relación entre el índice de obesidad y el nivel de renta. Los mayores índices de obesidad se encuentran en los grupos más vulnerables. El hecho de no disponer de acceso a profesionales de la nutrición de forma igualitaria y gratuita supone un aumento en la brecha social.

A pesar de esto, la sanidad andaluza aún no cuenta con el profesional especializado y adecuado para la prevención y el tratamiento de las patologías que puedan derivar de una alimentación inadecuada.

Las listas de espera para prestación sanitaria de prevención o tratamiento de

enfermedades relacionadas con la nutrición son largas. Según los datos ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud, en junio de 2024, 84 de cada 1000 personas estaban registradas en una lista de espera para una primera consulta con un facultativo de atención especializada hospitalaria y un total de 848.340 pacientes se encontraban pendientes de una intervención quirúrgica no urgente.

En Andalucía, la lista de espera para las consultas de obesidad en atención especializada alcanza hasta los 2 años. En esta misma situación se han llegado a tramitar denuncias al defensor del pueblo andaluz con el fin de agilizar las listas de cirugía de obesidad mórbida con demora de hasta 4 años.

De este modo, la inclusión del dietista-nutricionista en el sistema de salud supone una inversión en calidad de vida de los pacientes y en materia de prevención del desarrollo de estas patologías, lo cual repercute en un ahorro económico, ya que el tratamiento de estas enfermedades supone un porcentaje importante del gasto sanitario anual. Sin olvidar que el buen pronóstico o no de los pacientes, también se ve afectado por el tipo de alimentación que llevan, siendo decisiva una intervención nutricional.

La primera inversión ya está hecha, cada año el sistema educativo forma a graduados en Nutrición Humana y Dietética, especialistas en nutrición, a los que luego no les da cabida en su sistema sanitario, dejando esta área sin cubrir correctamente, pese a tener profesionales a los que previamente ya ha formado para ello.

10. BIBLIOGRAFÍA

Legislación

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (B.O.E. número 90 de 15 de abril de 1998).
2. Real Decreto 433/1998 de 20 de marzo (B.O.E. número 90 de 15 de abril de 1998).
3. ORDEN CIN/730/2009 (B.O.E. número 73 de 26 de marzo de 2009).
4. Real Decreto 967/2014, de 21 de noviembre (B.O.E. número 283 de 22 de noviembre de 2014).
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre (B.O.E. número 280 de 22 de noviembre)
6. Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo (B.O.E. número 83, de 7 de abril de 2015).
7. Ley 1/2013, de 25 de febrero (B.O.E. número 193 de 11 de agosto de 2008).
8. Real Decreto 1277/2003 de 10 de Octubre (B.O.E. número 254 de 23 de octubre de 2003).
9. Ley 19/2014 de 25 de octubre (B.O.E. número 252, de 17 de octubre de 2014).
10. Ley 17/2011, de 5 de julio (B.O.E. número 160, de 06 de julio de 2011).
11. Estrategia Andaluza para la Promoción de una Vida Saludable en Andalucía (BOJA número 222, de 18 de noviembre de 2019).
12. Ley 6/2019, de 19 de diciembre, del Presupuesto de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el año 2020 (BOJA número 246, de 24 de diciembre de 2019).

Organismos Públicos

1. Organización Mundial de la Salud: OMS, 2020. Las 10 principales causas de defunción. OMS; 2020. [citado: 29 de octubre de 2021]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
2. Instituto Nacional de Estadística: INE, 2020. Defunciones según la causa de muerte más frecuente de enero-mayo 2020. INE; 2020. [citado: 29 de octubre de 2021]. https://www.ine.es/prensa/edcm_ene_may_19_20.pdf

Publicaciones

1. Aguila EJT, Cua IHY, Fontanilla JAC, Yabut VLM and Causing MFP (2020). Gastrointestinal Manifestations of COVID-19: Impact on Nutrition Practices. *Nutrition in Clinical Practice*, 35: 800-805.
2. Aguilar E, Aguilar L, Baladia E, Buhring K, Garroz R, Marqués ME et al. Documento de postura del Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-Nutricionistas y la Academia Española de Nutrición y Dietética y evaluación del impacto y coste-beneficio de la inclusión de dietistas-nutricionistas en equipos interdisciplinarios del Sistema Nacional de Salud. *Rev Esp Nutr Hum Diet* vol.24 no.3 Pamplona jul./sep. 2020.
3. Aitor Trabando Llano. Impacto económico del Dietista-Nutricionista en la sanidad. Fundación Española de la Nutrición (FEN). *Rev Esp Nutr Diet*. 2020; 24 (Supl.1)
4. Ballesteros-Pomar MD, Martínez Llinas D, Goates S, Sanz Barriuso R y Sanz-Paris A. Cost-Effectiveness of a Specialized Oral Nutritional Supplementation for Malnourished Older Adult Patients in Spain. *Nutrients*. 2018; 10(2):246.
5. Benítez Brito N, Soto Célix M, Monasterio Jiménez O, Cabo García L, Álvarez Trencó P. (2020). Situación del Dietista-Nutricionista en el Sistema Nacional de Salud Español: Documento de posicionamiento del Grupo de Especialización en Nutrición Clínica y Dietética de la Academia Española de Nutrición y Dietética. *Revista Española De Nutrición Humana Y Dietética*, 24(3), 278–288.
6. Briggs Temprano K and Stanley K. Posición de la Academia de Nutrición y Dietética: el papel de la terapia de nutrición médica y los nutricionistas dietistas registrados en la prevención y el tratamiento de la prediabetes y la diabetes tipo 2. *J Acad Nutr Diet*. 2018; 118:343-353.
7. Cabrerizo Garcia L, Rubio MA, Ballesteros MD, and Moreno Lopera C. Complicaciones de la obesidad. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2008; 14(3):156-162.
8. Cardenas D, et al. Clinical nutrition and human rights. An international position paper. *Clinical Nutrition*, 4029 - 4036, 2021/06/01, doi: 10.1016/j.clnu.2021.02.039
9. Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de Valencia (CoDiNuCoVa). ESTAREM. Informe Técnico del estado actual de la profesión de dietista-nutricionista en la sanidad valenciana y previsión de necesidades. Febrero 2023.

10. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, López-Alba A, López Martínez A y Soria, B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). *Av Diabetol*. 2013; 29(6):182-189.

11. Estudio ALADINO 2015: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España 2015. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.

12. Flodgren G, Gonçalves-Bradley DC, Summerbell CD. Interventions to change the behaviour of health professionals and the organisation of care to promote weight reduction in children and adults with overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 30;11(11):CD000984.

13. García-Puche A, Cabañas-Alite, L. Análisis de la presencia de dietistas-nutricionistas en hospitales de Andalucía. *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. 2017; 21(2): 130-6.

14. Klein S, Burke LE, Bray GA, et al. Clinical implications of obesity with specific focus on cardiovascular disease. *Circulation*. 2004; 110 (18):2952–67.

15. Kyrgiou M, Kalliala I, Markozannes G, Gunter MJ, Hani Gabra E et al. Adiposity and cancer at major anatomical sites: umbrella review of the literature. *BMJ*. 2017; Feb 28; 356:477.

16. Herman WH, Hoerger TJ, Brandle M, Hicks K, Sorensen S, Zhang P, Hamman RF, Ackermann RT, Engelgau MM, Ratner RE; Diabetes Prevention Program Research Group. The cost-effectiveness of lifestyle modification or metformin in preventing type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Ann Intern Med*. 2005 Mar 1;142(5):323-32.

17. Hernáez A, Zomeño MD, Dégano I, Pérez-Fernández S, Goday A, Vila J et al. Exceso de peso en España: situación actual, proyecciones para 2030 y coste extra directo estimado para el sistema sanitario español. *Rev Esp Cardiol*. 2019 Nov; 72(11):916-924.

18. Howatson A, Wall CR, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *J Prim Health Care*. 2015 Dec 1;7(4):324-32.

19. Lammers, M.; Kok, L.: Cost-benefit analysis of dietary treatment. SEO Economic Research. Amsterdam; 2012.

20. Lecube A, Monereo S, Rubio M, Martínez de Icaya P, Martín A, Salvador J, et al. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad 2016. *Endocrinol Nutr*. 2017; 64 Supl 1:15-22.

21. Martín Ramiro J.J, Álvarez Martín E, Gil Prieto R. 2012. La carga de enfermedad asociada al sobrepeso y obesidad. Universidad Rey Juan Carlos.
22. Elia M, Van Bokhorst-de van der Schueren MA, Garvey J, et al. Enteral (oral or tube administration) nutritional support and eicosapentaenoic acid in patients with cancer: a systematic review. *Int J Oncol* 2006; 28: 5-23.
23. Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz, WH. The disease burden associated with overweight and obesity *JAMA*. 1999; 282(16):1523–9.
24. Palma-Milla S, Meneses D, Valero M, Calso M, García-Vázquez N, Ruiz-Garrido M et al. Costos asociados con la desnutrición y el tratamiento relacionados con enfermedades: revisión de la literatura. *Nutr Hosp*. 2018; 35 (2): 442-460.
25. Petrovaa D, Salamanca-Fernández E, Rodríguez Barranco M, Navarro Pérez P et al. La obesidad como factor de riesgo en personas con COVID-19: posibles mecanismos e implicaciones. *Aten Prim*. 2020. 52, (7): 496-500.
26. Philipson TJ, Snider JT, Lakdawalla DN, Stryckman B and Goldman DP. Impact of oral nutritional supplementation on hospital outcomes. *Am J Manag Care*. 2013; 19(2):121-8.
27. Russolillo G, Baladia E, Moñino M, Colomer M, García J et al. Incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud (SNS): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas (AEDN). *Rev Esp Nutr Humana Dietética*. 2009; 13 (2): 62-69.
28. Santamaría Sandi J, Navarro González E, Herrero Ruiz A, Bandrés Nivelá O, Ballesteros Pomar MD, Escalada San Martín FJ, et al. Cartera de servicios en Endocrinología y Nutrición. Actualización 2020. *Endocrinol Diabetes Nutr* 2021;68(8):577-88. DOI: 10.1016/j.endinu.2021.01.006
29. Schneider SM, Veyres P, Pivot X, Soummer AM, Jambou P, Filippi J, van Obberghen E, Hébuterne X. Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections. *Br J Nutr*. 2004 Jul;92(1):105-11.
30. Slawson DL, Fitzgerald N and Morgan KT. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: the role of nutrition in health promotion and chronic disease prevention. *J Acad Nutr Diet*. 2013; 113(7): 972-9.

31. Sikand G, Renee e cole, Handu D, DeWaal D, Christaldi J et al. Clinical and cost benefits of medical nutrition therapy by registered dietitian nutritionists for management of dyslipidemia: A systematic review and meta-analysis. J Clin Lipidol. 2018 Sep-Oct;12(5):1113-1122.

32. Valero-Pérez, M., Sáenz-de Pipaón-Marcos, M., Morato-Martínez, M., González-García, M. E., Calso, M., Gallo, D., ... & Palma-Milla, S. (2024). Incorporación del dietista-nutricionista en un hospital universitario: declaración de postura de la Comisión de Nutrición del Hospital Universitario La Paz. Nutrición Hospitalaria, 41(1), 244-248.

33. Vílchez López FJ, Mateo Gavira I, Larrán Escandón L, Mayo Ossorio MA, Pacheco García, JM et al. Prevalencia e incidencia de obesidad en nuestro medio. Implicaciones sobre el sistema sanitario. Cir Andal. 2019; 30(4):444-49.

34. Viñuela Fernández AJ (2018). Estudio de coste-efectividad de la medicación en prevención secundaria a accidente cerebrovascular en Andalucía. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Sevilla.

Otros:

1. Consejo General de colegios oficiales de Dietistas-nutricionistas. <https://www.consejodietistasnutricionistas.com/que-es-un-dietista-nutricionista/>

2. Consenso de las universidades españolas que imparten la titulación y la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas. Perfil de las competencias profesionales del diplomado en nutrición humana y dietética. Pamplona;2003. Disponible en: https://www.dietistasnutricionistasaragon.es/wp-content/uploads/2015/02/perfil_dn.pdf

3. [Diabetes Prevention Program \(DPP\) | NIDDK \(nih.gov\)](https://www.niddk.nih.gov/health-topics/diabetes-prevention-program)

4. Documento del Consejo General de Colegios Oficiales de Dietistas-nutricionistas. Coronavirus y malnutrición: la importancia de los y las dietistas-nutricionistas en el abordaje de la pandemia. Noviembre de 2020.

5. Dossier Predimed 2007-2012.

6. El Plan de Acción Dietético Europeo (EuDAP). <https://www.eudap.org/>

7. Foro Nacional de Alimentación Responsable. <https://alimentarbien.com/>

8. International Confederation of Dietetic Associations. Kit de herramientas de sostenibilidad de ICDA. <https://icdasustainability.org/> Legislación

9. Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud. Junio 2020. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
10. OECD. The Heavy Burden of Obesity. The Economics of Prevention. October 2019.
11. ONCA, Optimal Nutritional Care for All; 2020. <https://european-nutrition.org/>
12. Queja número 19/3063 al Defensor del Pueblo Andaluz.
13. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de salud y familia. Lista de espera de consultas externas. Junio 2020. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/derechos-y-garantias/tiempos-de-respuesta-asistencial-listas-de-espera/consultas-externas-junio-2020/andalucia-total-pacientes-pendientes-por-especialidad>