

*Propuestas del
CODNIB
para mejorar el
Servicio de Salud de
Illes Balears*

[Noviembre 2018]

PROPUESTA 1. INCORPORACION PLENA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA DE SALUD DE ILLES BALEARS.	3
PROPUESTA 2. INCORPORACIÓN PLENA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS DE ILLES BALEARS	14
PROPUESTA 3. PRIORIZAR LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLE, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA EUROPEA SALUD 2020.....	19
PROPUESTA 4. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA OBESIDAD PEDIÁTRICA.	21
PROPUESTA 5. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.	22

PROPUESTA 1. INCORPORACION PLENA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA DE SALUD DE ILLES BALEARS.

Incorporación del dietista-nutricionista en los equipos de trabajo multidisciplinares de atención sanitaria, para responder a las necesidades de los ciudadanos y hacer realidad el abordaje integral de la salud en nuestra comunidad.

Asegurar el acceso a las prestaciones sanitarias de Atención Primaria y Salud Pública relacionadas con la nutrición, la dietética y la dietoterapia en condiciones de igualdad efectiva.

Facilitar el acceso de los ciudadanos a los servicios Especializados de Nutrición y Dietética (obesidad, diabetes, renal, metabolopatías, malnutrición, alergias alimentarias, nutrición infantil, etc.)

Aportar eficiencia y sostenibilidad en el Sistema de Salud de Baleares

Teniendo en cuenta que la mayoría de las enfermedades crónicas se pueden prevenir o tratar mediante un correcto abordaje dietético, y que el colectivo de dietistas-nutricionistas es el específicamente cualificado para realizar dicho abordaje, resulta de vital importancia integrar a dicho colectivo en Servicio de Salud de Illes Balears (SSIB) para desarrollar las líneas de actuación estratégica para el abordaje de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). El interés público de la profesión de dietista-nutricionista concurre en circunstancias de probada evidencia científica sobre la efectividad clínica y seguridad de su actuación. Así como su contribución - ampliamente documentada - eficaz y eficiente en la prevención, el tratamiento y/o la curación de las enfermedades no transmisibles.

La estrategia de Diabetes de nuestra comunidad recomienda la incorporación de dietistas-nutricionistas en los equipos de atención primaria y especializada para el desarrollo de numerosas líneas de actuación en la prevención y tratamiento de la diabetes, especialmente en la atención de niños y jóvenes. En la estrategia balear para la enfermedad renal crónica se menciona al dietista-nutricionista en el grupo de atención especializada al paciente con insuficiencia renal crónica.

En países en los que ya existe la figura del dietista-nutricionista dentro de los grupos interdisciplinarios de profesionales sanitarios, se ha podido observar que la ampliación del campo de actuación de los dietistas-nutricionistas, conduce a una mejora en el estado nutricional de los pacientes.

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. El Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016 habla en España de un 92,8% de muertes atribuibles a las ENT (enfermedades no transmisibles) entre las cuales cabe destacar las cardiovasculares isquémicas, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad renal crónica y diabetes. Destacando como principales

factores de riesgo el tabaco, la presión arterial alta, el índice de masa corporal alto, el alcohol y la glucemia alta en ayunas.

Sin embargo, la realidad es que la profesión de dietista-nutricionista a pesar de que ser profesión sanitaria regulada - Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias - y titulada - Orden CIN/730/2009 de 18 de marzo - está disponible, en la mayoría de ocasiones, sólo en consulta privada. Sin embargo, son precisamente los grupos con menos ingresos los más proclives a tener unos hábitos alimentarios inadecuados y a desarrollar patologías crónicas.

En la mayoría de estudios se concluye que las intervenciones dietético-nutricionales son coste-efectivas y que mejoran la eficiencia de los sistemas sanitarios, siendo una ventaja desde el punto de vista económico y para la salud. Por ejemplo se ha estudiado que los dietistas-nutricionistas que ejercen en atención primaria pueden ahorrar al sistema de salud de 5,8 a 105€ por cada 1€ invertido en la intervención. En medio hospitalario se ha visto que la intervención del dietista-nutricionista reduce la estancia hospitalaria (una inversión de 76€ genera 1 día menos de ingreso), reduce el reingreso, evita nutriciones parenterales, reduce infecciones relacionadas con catéter. En pérdida de peso el coste de un dietista-nutricionista equivale a 6-8€ por kg adelgazado (más económico y efectivo que muchos productos).

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

- Garantizar las condiciones de igualdad efectiva contempladas para la ciudadanía en la Ley General de Sanidad de 1986.
- Evitar realidades laborales injustas que provocan que multitud de dietistas-nutricionistas lleven años en el Servicio de Salud de IB en condiciones laborales precarias y no regladas.
- Resolver la carencia de dietistas-nutricionistas en el SSIB y que Conselleria de Salud sea impulsora de la convocatoria y creación de plazas públicas.
- Garantizar las prestaciones sanitarias de la población española en base a los siguientes criterios de incorporación:
 - Un dietista-nutricionista por cada 100 camas de hospital en Atención Especializada.
 - Un dietista-nutricionista por cada 50.000 tarjetas sanitarias en Atención Primaria.
 - Un dietista-nutricionista por cada 500.000 habitantes en Salud Pública.

Los beneficios que obtendría la ciudadanía por la incorporación de dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud serían, entre otros:

- **Mejorar la atención sanitaria de todas las personas de Baleares.**
- **Asegurar el acceso gratuito a las prestaciones sanitarias relacionadas con la nutrición, la dietética y la dietoterapia en condiciones de igualdad efectiva.**
- **Asegurar la atención en nutrición, dietética y dietoterapia por el profesional idóneo.**
- **Contribuir de forma eficaz y eficiente a la prevención, diagnóstico, tratamiento, curación de los trastornos y enfermedades prevalentes en nuestra sociedad.**
- **Contribuir a la reducción del grado y riesgo de malnutrición de la población balear, especialmente en los grupos vulnerables como infancia y adolescencia y grupo de mayores, personas dependientes, enfermas o en riesgo de exclusión social, así como pacientes ingresados e institucionalizados.**
- **Reducir el gasto sanitario a través de la incorporación de dietistas-nutricionistas en equipos multidisciplinares de actuación sanitaria en Salud Pública, Atención Primaria, Especializada y Sociosanitaria.**
- **Proteger a la población para evitar su acceso a profesionales sin la capacitación profesional adecuada en materia de nutrición humana, dietética y dietoterapia, y a “terapias” fraudulentas y potencialmente peligrosas para su salud.**
- **Consolidar y regularizar la situación laboral de dietistas-nutricionistas para evitar contrataciones discriminatorias e irregulares y garantizar las prestaciones sanitarias de la población balear en base a los criterios de incorporación descritos en la Tabla 1.**

Tabla 1. Criterios propuestos por el CODNIB para la incorporación del dietista-nutricionista al SSIB.

Área	Plan de incorporación en Fases
Atención Primaria	<p>FASE I.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Período de 0 a 2 años:</u> Al menos 1 dietista-nutricionista en Unidades de Apoyo (Nutrición y Dietética - U11) a los Equipos de Atención Primaria (EAP) por cada Sector Sanitario del Área de Mallorca (4) y al menos 3 en las áreas de Menorca e Ibiza y Formentera, así como 1 en la unidad de Docencia y Proyectos de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. • <u>Período de 3 a 5 años:</u> 1 por cada Gerencia de Atención Primaria del área de Menorca e Ibiza y Formentera. Área de salud de Mallorca 11 DN: 2 en Sector sanitario de LLevant - Manacor, 4 sector sanitario Ponent – Son Espases, 4 sector sanitario de Migjorn – Son Llàtzer. Área de salud de Menorca 2 DN: 2 en Sector sanitario de Menorca – Mateu Orfila. Área de salud de Ibiza y Formentera 2 DN: 2 en Sector sanitario de Ibiza – Can Misses. 1 en Sector sanitario de Formentera– Hospital de Formentera. <p>FASE II. Período de 5 a 10 años: 1 dietista-nutricionista.por cada centro de salud + 1 coordinador por cada Sector Sanitario procedente de la FASE 1. Área de salud de Mallorca 52 dietistas-nutricionistas : 10 en Sector sanitario de LLevant - Manacor, 7 en el sector de Tramuntana – Inca, 17 sector sanitario Ponent – Son Espases, 14 sector sanitario de Migjorn – Son Llàtzer, 6 en Sector sanitario de Menorca – Mateu Orfila, 8 en Sector sanitario de Ibiza – Can Misses y 2 en Sector sanitario de Formentera– Hospital de Formentera.</p>
Atención Especializada	<p>FASE I.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 a 2 años. Al menos 1 dietista-nutricionista en cada hospital del SSIB 1 en calidad de responsable de la U. 11. Nutrición y Dietética. Servicio de alimentación del hospital (restauración hospitalaria): al menos 1 dietista-nutricionista en calidad de responsable del servicio de dietética y 1 en cada servicio de emplatado. • 0 a 5 años. 1 dietista-nutricionista en cada hospital por cada 100 camas, 1 en calidad de responsable de la U. 11. Nutrición y Dietética y el resto como integrantes de la misma. <p>FASE II. 5 - 10 años. 1 dietista-nutricionista en calidad de integrante de las Unidades Asistenciales Hospitalarias; U.6. Alergología, U.7. Cardiología, U.9. Aparato Digestivo, U.10. Endocrinología, U.12. Geriátría, U.13 Medicina Interna, U.14. Nefrología, U.17. Neurología, Diálisis, U.19. Oncología, U.20. Pediatría, U.43. Cirugía General Digestiva, U.45. Cirugía maxilofacial, U.55 traumatología, U.52 Otorrino, U.59 Neurocirugía, , U.86 Radioterapia, U.69. Psiquiatría, etc.</p>
Salud Pública	<p>FASE I. 0 a 5 años. 1 dietista-nutricionista por cada 500.000 habitantes.</p> <p>FASE II. 5 a 10 años. 1 dietista-nutricionista por cada 200.000 habitantes.</p>

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

La inclusión del dietista-nutricionista en las diferentes áreas SSIB, es una necesidad para la mejora de la atención sanitaria. Esta incorporación debe hacerse dentro de los equipos multidisciplinares de atención sanitaria, en base al papel clave del dietista-nutricionista en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades prevalentes, beneficiando la salud individual y colectiva y colaborando en la aportación de una atención de calidad e igualdad efectiva.

En la actualidad Baleares cuenta con el decreto 64/2016 de 28 de octubre de 2016, por el que se crean categorías nuevas de personal estatutario en el ámbito del Servicio de Salud de las Illes Balears, por la que se crea la de dietista-nutricionista. Desde esa fecha no se han consolidado ni incrementado las plazas hasta entonces cubiertas por dietistas-nutricionistas en distintas áreas organizativas, ni se han incorporado en los niveles de atención primaria ni de salud pública.

Por otra parte el Boletín Oficial de las Cortes Generales del Senado (BOCG) del 18 de Junio de 2010, publicó la ponencia “Estudio de las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud” por la que el Senado insta a reorganizar el SNS sumando a más profesiones sanitarias, entre ellas, a los dietistas-nutricionistas: *“ De acuerdo con los futuros cambios en la organización asistencial y de las prestaciones sanitarias, habría que estudiar la incorporación o ampliación de plazas respecto a otros profesionales sanitarios. Por ejemplo, existe una ausencia de previsión de puestos para dietistas-nutricionistas en el Sistema Nacional de Salud en España, a diferencia de lo que ocurre en otros países de la Unión Europea; (...)”*

Por último, es de destacar la propuesta que la Dirección Asistencial del SSIB en el Gobierno del Pacte realizó en 2009 para incorporar al Dietista-nutricionista en Atención Primaria, donde se definió 3 figuras para el Dietista-nutricionista:

- 1) **Dietista-nutricionista asesor de Atención Primaria** para el desarrollo de manuales de atención en nutrición y dietética para los EAP.
- 2) **Dietista-nutricionista docente** para la formación continuada de los EAP que permita el consejo breve y el manejo de factores de riesgo de enfermedades prevalentes; y
- 3) **Dietista-nutricionista de apoyo al EAP** que atendería los casos complejos que derivados desde los EAP que requieren de atención especializada.

En 2017 se firmó un convenio con IbSalut para que el CODNIB desarrollara los consejos dietético-nutricionales que los profesionales de atención primaria usarían para el consejo breve en alimentación y dietoterapia. El CODNIB ha finalizado su trabajo en septiembre de este año y está trabajando para que se desarrollen las siguientes fases de modo simultaneo, es decir, la formación continuada de los profesionales sanitarios que darán el consejo, así como el pilotaje de varias unidades de soporte de dietética y nutrición en atención primaria.

ACCIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN EL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD.

Las funciones y labores profesionales que debe desempeñar el dietista-nutricionista de Atención Primaria son, la consulta dietética individualizada y grupal, colaboración en el soporte nutricional domiciliario en aquellas funciones que les son propias, proponer, diseñar, planificar y/o realizar programas de educación alimentaria, así como elaborar el material de apoyo necesario para la adecuada atención usuario, entre otras.

Incorporación fase 1:

La incorporación del dietista-nutricionista en Atención Primaria comienza con su ubicación en Unidades de Soporte (Oferta asistencial de Nutrición y Dietética - U11) a los Equipos de Atención Primaria (EAP) del SSIB conjuntamente con el resto de profesionales sanitarios que prestan servicios especializados (fisioterapeutas, comadronas, trabajadores sociales, etc.). Cabe destacar el papel relevante que tomaría en la prevención de la obesidad infantil, formando parte del equipo interdisciplinario (matrón/a, pediatra y enfermero/a de infantil) en el abordaje de la mujer en pre y post-parto que se realiza en los centros de salud, con un doble objetivo: fomentar los hábitos alimentarios saludables de las madres y, por otro, el de toda la familia, incluyendo en recién nacido, en un momento tan susceptible de realizar cambio de hábitos. Además de potenciar la lactancia materna prolongada.

Temporalización propuesta: 0-5 años.

Incorporación de 1 dietista-nutricionista en una Unidad de Apoyo de Nutrición y Dietética (U11) con un ratio de 1:25.000 Tarjetas, en cada Sector Sanitario de las Áreas de Salud de Baleares

Período de 0 a 2 años:

Al menos 1 dietista-nutricionista por cada Sector Sanitario como integrante en el marco de Unidad de Apoyo en el Área de Mallorca (4) y al menos 1 en cada área de salud de Menorca e Ibiza y Formentera, así como 1 en la unidad de Docencia y Proyectos de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

- **Período de 3 a 5 años.** 1 por cada Gerencia de Atención Primaria del área de Menorca e Ibiza y Formentera, así como:
 - Área de salud de Mallorca 11 dietistas-nutricionistas: 2 en Sector sanitario de LLevant - Manacor (10 Zonas Básicas – 10 Centros de Salud -CS); 1 en el sector de Tramuntana – Inca (7 CS), 4 sector sanitario Ponent – Son Espases (17 CS), 4 sector sanitario de Migjorn – Son Llätzer (14 CS).
 - Área de salud de Menorca 2 dietistas-nutricionistas: 2 en Sector sanitario de Menorca – Mateu Orfila (5 Zonas Básicas – 5 CS).
 - Área de salud de Ibiza y Formentera 2 dietistas-nutricionistas: 2 en Sector sanitario de Ibiza – Can Misses (7 Zonas Básicas – 7 CS); 1 en Sector sanitario de Formentera– Hospital de Formentera. 1 Zonas Básica – 1 CS)

Incorporación fase 2:

Incorporación de 1 dietista-nutricionista en cada Centro de Salud de Atención Primaria, con el objeto de satisfacer las necesidades y demandas de los pacientes y usuarios, que precisan de un asesoramiento especializado en Nutrición Humana y Dietética, en condiciones de igualdad efectiva para toda la población, abarcándola en su totalidad.

Temporalización propuesta: Período de 5 a 10 años

1 dietista-nutricionista por cada centro de salud + 1 coordinador por cada Sector Sanitario procedente de la FASE 1.

- **Área de salud de Mallorca 52 dietistas-nutricionistas:** 10 en Sector sanitario de LLevant - Manacor, 7 en el sector de Tramuntana – Inca, 17 sector sanitario Ponent – Son Espases, 14 sector sanitario de Migjorn – Son Llàtzer, 6 en Sector sanitario de Menorca – Mateu Orfila, 8 en Sector sanitario de Ibiza – Can Misses y 2 en Sector sanitario de Formentera– Hospital de Formentera. 2 en Sector sanitario de LLevant - Manacor (10 Zonas Básicas – 10 Centros de Salud -CS); 1 en el sector de Tramuntana – Inca (7 CS), 4 sector sanitario Ponent – Son Espases (17 CS), 4 sector sanitario de Migjorn – Son Llàtzer (14 CS).
- **Área de salud de Menorca 6 dietistas-nutricionistas:** 2 en Sector sanitario de Menorca – Mateu Orfila (5 Zonas Básicas – 5 CS).
- **Área de salud de Ibiza y Formentera 10 dietistas-nutricionistas:** 8 en Sector sanitario de Ibiza – Can Misses (7 Zonas Básicas – 7 CS); 2 en Sector sanitario de Formentera– Hospital de Formentera. (1 Zonas Básica – 1 CS)

INCORPORACIÓN DEL DIETISTA – NUTRICIONISTA EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

A nivel hospitalario, la Organización Mundial de la Salud cifró en la 10ª Asamblea Mundial de la Salud en 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 1 dietista-nutricionista por cada 50 pacientes.

La CEE, por su parte, fijó en 1970 los siguientes ratios de dietistas-nutricionistas por cama hospitalaria: 1/40, 1/75 y 1/100-150 para las camas de especialización, de agudos, y de larga o media estancia respectivamente.

En España, la incorporación del dietista-nutricionista en Atención Especializada u Hospitalaria pasa por la inclusión del profesional en equipos multidisciplinares de actuación desde los diferentes servicios del Hospital. Según Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre de 2003, las actuaciones del dietistas-nutricionista en la asistencia especializada u hospitalaria, según las diferentes ofertas asistenciales, están incluidas en: Unidad de Nutrición y Dietética, Unidades de Hospitalización y Consultas externas.

Incorporación fase 1: 0 a 5 años. Unidades de Nutrición y Dietética.

La unidad de Nutrición y Dietética clínica (U11) está formada por un equipo multidisciplinar, que se encarga de la Alimentación (oral, enteral y parenteral) de los pacientes ingresados en el Hospital. Respetando los principios de seguridad y calidad de la atención sanitaria y la adecuación a la formación profesional y consecuente capacitación e idoneidad para la prestación del servicio, la unidad U11 debe estar bajo la responsabilidad de un Dietista-Nutricionista que la dirija, supervise y coordine.

Con el fin de atender las necesidades asistenciales dietético-nutricionales de los pacientes ingresados, así como el control del Servicio de Alimentación de todo el Hospital, se proponen dos plazos en esta primera fase:

- 0 a 2 años. Al menos 1 dietista-nutricionista en cada hospital del SSIB 1 en calidad de responsable de la U. 11. Nutrición y Dietética.
- Servicio de alimentación del hospital (restauración hospitalaria): al menos 1 dietista-nutricionista en calidad de responsable del servicio de dietética y 1 en cada servicio de emplatado.
- 0 a 5 años. 1 dietista-nutricionista en cada hospital por cada 100 camas, 1 en calidad de responsable de la U. 11. Nutrición y Dietética y el resto como integrantes de la misma.

La armonización de los pliegos de condiciones técnicas en las concesiones y explotación de los servicios de alimentación en centros sanitarios, permitiría optimizar los recursos de personal y de mercancías, y eliminaría el desequilibrio que existe entre hospitales, especialmente en lo referente a la presencia necesaria de dietistas-nutricionistas. La falta de armonización en los pliegos de condiciones técnicas para las concesiones de los Servicios de Alimentación hospitalarios hace que diversos hospitales de las Islas Baleares, carezcan de dietistas-nutricionistas en la supervisión diaria del servicio de comidas y dietas., de ahí que en las últimas concesiones de Servicios de Alimentación, se haya ejercido la presión necesaria desde el CODNIB para requerir 1 DN como responsable de la Dietética en el Servicio de Alimentación, así como 1 DN en cada servicio de emplatado.

Incorporación fase 2: 5 a 10 años. Unidades de Hospitalización.

El dietista-nutricionista clínico forma parte del equipo multidisciplinario terapeuta en los diferentes Servicios Médicos o Unidades de Hospitalización.

Asegurar la cobertura de las necesidades especiales de los pacientes con alto riesgo de desnutrición o desnutridos, en cuanto a soporte nutricional. El desarrollo y puesta en marcha de protocolos de actuación y seguimiento del estado nutricional de los usuarios, permitirá racionalizar el uso de nutrición enteral y suplementos. Con el fin de cubrir estos objetivos, se propone en una segunda fase posterior a la consolidación de las Unidades de Nutrición y Dietética, la incorporación de 1 dietista-nutricionista por Unidad Asistencial en calidad de integrante, en la que haya una implicación relevante del área de nutrición y dietética, tales como: U.6. Alergología, U.7. Cardiología, U.9. Aparato Digestivo, U.10. Endocrinología, U.12. Geriátrica, U.13 Medicina Interna, U.14. Nefrología, U.17. Neurología, Diálisis, U.19. Oncología,

U.20. Pediatría, U.43. Cirugía General Digestiva, U.45. Cirugía maxilofacial, U.55 traumatología, U.52 Otorrino, U.59 Neurocirugía, , U.86 Radioterapia y U.69. Psiquiatría.

En la actualidad, diversos hospitales de las Islas Baleares como Manacor y Can Mises carecen de dietistas-nutricionistas en los servicios asistenciales, delimitando la atención nutricional solo a algunos ciudadanos residentes en los sectores sanitarios de Son Espases, Inca o Mateu Orfila. El dietista-nutricionista, cuando forma parte de los equipos de soporte nutricional, contribuye a la racionalización del gasto en suplementos nutricionales.

En Consultas Externas.

El trabajo del dietista-nutricionista es paralelo y posterior a la visita médica. Los pacientes pueden proceder de las unidades de hospitalización, del área de la atención primaria o de consulta directa.

La labor de los dietistas-nutricionistas en Consultas Externas queda cubierta con los profesionales integrados en la U11 (en una primera fase) y en el resto de Unidades de Hospitalización (segunda fase).

En base a esta propuesta de incorporación es necesario distribuir la carga horaria de los profesionales a fin de atender las Unidades Asistenciales de Hospitalización y las Consultas Externas del Hospital, por lo que se propone en una primera fase una distribución horaria de la jornada laboral de:

- 25% del tiempo en consultas externas.
- 60% en atención al paciente hospitalizado desde la U11.
- 5 % para la elaboración de protocolos e investigación.
- 5 % para la coordinación y puesta en común con el Servicio de Alimentación del Hospital.
- 3 % para la formación al resto de profesionales de su entorno.
- 2 % para acciones en la colectividad de su entorno (población de referencia).

INCORPORACIÓN DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN LAS UNIDADES DE SALUD PÚBLICA

Dada la estrecha relación entre la alimentación y las enfermedades de mayor prevalencia, es imprescindible incluir al dietista-nutricionista en los programas de prevención y promoción de la Salud Pública. La incorporación del dietista-nutricionista en Salud Pública sería un apoyo estratégico para el acercamiento a los objetivos del Plan de Acción en Alimentación y Nutrición para la Región Europea de la OMS. Su incorporación debiera desarrollarse en dos fases:

Incorporación fase 1:

Abordaje de tareas prioritarias de Intervenciones en programas de nutrición comunitaria, y comunicación y educación sanitaria en alimentación y nutrición, y elaboración de guías alimentarias y protocolos de consenso. Para cumplir los objetivos de esta primera fase se estima que al menos se debe incorporar a la Unidad de Salud Pública de la Administración Sanitaria Autonómica competente 1 dietista-nutricionista cada 500.000 habitantes.

Incorporación fase 2:

Abordaje de tareas en el desarrollo y participación en estudios de intervención y del estado nutricional, en todas sus fases. El dietista-nutricionista participa en las diferentes etapas del proceso de diseño y desarrollo de encuestas y estudios nutricionales, desde el diseño y validación de cuestionarios hasta la elaboración del protocolo del estudio, formación de encuestadores, seguimiento del trabajo de campo o análisis o presentación de resultados y las recomendaciones derivadas de estos.

Para cumplir los objetivos de esta segunda fase se estima que, al menos, se debe incorporar a la Unidad de Salud Pública de la Administración Sanitaria Autonómica competente 1 dietista-nutricionista por cada 200.000 habitantes.

EFICIENCIA Y SOSTENIBILIDAD.

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

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

En España, actualmente, el porcentaje del gasto total sanitario causado directamente por enfermedades relacionadas con la nutrición corresponde a enfermedades como la obesidad (52%), enfermedades cardiovasculares (15%), diabetes (7%), cáncer (6%), osteoporosis (3%) y otros (17%).

En Baleares la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos es de 35.9 y 12.3 respectivamente, mientras que en la población infanto-juvenil alcanzan cotas de 14.7 y 10.4 respectivamente. En España el coste económico de la obesidad supone el 7% del gasto sanitario, lo que se traduce en 2.500 millones de euros al año, que debe sumarse a los cercad de 2.100 millones de euros que los españoles se gastan en productos milagro y dietas fraudulentas para la pérdida de peso.

En la mayoría de estudios se concluye que las intervenciones dietético-nutricionales son coste-efectivas y que mejoran la eficiencia de los sistemas sanitarios, siendo una ventaja desde el punto de vista económico y para la salud. Por ejemplo se ha estudiado que los dietistas-nutricionistas que ejercen en atención primaria pueden ahorrar al sistema de salud de 5,8 a 105€ por cada 1€ invertido en la intervención. En medio hospitalario se ha visto que la intervención del dietista-nutricionista reduce la estancia hospitalaria (una inversión de 76€ genera 1 día menos de ingreso), reduce el reingreso, evita nutriciones parenterales, reduce

infecciones relacionadas con catéter. En pérdida de peso el coste de un dietista-nutricionista equivale a 6-8€ por kg adelgazado (más económico y efectivo que muchos productos).

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

En Estados Unidos los pacientes tratados desde una unidad de soporte nutricional y dietético formada por un equipo multidisciplinar, presentaron:

- Reducción del 23% de la tasa de mortalidad.
- Reducción del 11,6% en las estancias hospitalarias.
- Reducción del 43% de la tasa de readmisión de pacientes.
- Reducción del 50% de complicaciones hospitalarias.

Así, por cada dólar invertido en materiales y salarios de las unidades de soporte nutricional se ahorraron 4,2 dólares al reducirse la mortalidad, la estancia hospitalaria, las complicaciones secundarias, etc.

En Japón tras la incorporación de dietistas-nutricionistas en sus hospitales a través de unidades de soporte nutricional y dietético multidisciplinarias se obtuvieron los siguientes beneficios:

- Disminución de problemas relacionados con el tratamiento nutricional.
- Disminución de sepsis por catéter.
- Reducción del número de pacientes con ingesta inadecuadas.
- Prevención de úlceras por presión.
- Prácticamente eliminación de infecciones nosocomiales.
- Disminución en la estancia hospitalaria.
- Beneficio en reducción de costes de 1.000.000 de dólares por año.

En Reino Unido, la atención a los pacientes ingresados desde una unidad de soporte de nutrición y dietética con dietistas-nutricionistas entre otros profesionales sanitarios, rebeló:

- La disminución del 41% de nutriciones parenterales innecesarias, sustituyéndose con alimentación normal o enteral nasoyeyunal.
- La reducción de la mortalidad del 43% al 24% en un año de aquellos pacientes que recibieron nutrición parenteral.
- Los grupos de soporte nutricional ahorraron en el gasto de nutrición parenteral alrededor de 54.500 euros el primer año.

Diversos estudios de coste global señalan que la atención dietético-nutricional de los pacientes ingresados por equipos de recursos humanos donde se integran dietistas-nutricionistas reduce los días de hospitalización y, por tanto, supone un ahorro en el gasto sanitario.

PROPUESTA 2. INCORPORACIÓN PLENA DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE ILLES BALEARS

Baleares cuenta con más de 50 centros residenciales cubriendo más de 5000 plazas de pacientes dependientes. A pesar del elevado número de plazas, únicamente se dispone de 4 dietistas-nutricionistas, 2 en Mallorca y 2 en Ibiza.

Atender las demandas nutricionales de la población en el siglo XXI es un objetivo fundamental de la Organización Mundial de la Salud y debe serlo también del Govern de las Illes Balears. La inclusión de los dietistas-nutricionistas en los sistemas sociosanitarios supondría la optimización de los recursos económicos del sistema, así como una mejora de la atención sanitaria a los grupos vulnerables.

INCORPORACIÓN DE DIETISTAS-NUTRICIONISTAS A SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE ILLES BALEARS

La inclusión del dietista-nutricionista en las diferentes áreas sanitarias en el marco de equipos multidisciplinares, es una necesidad para la mejora de la atención integrada de la ciudadanía, por el papel clave del dietista-nutricionista en la promoción, prevención y tratamiento de enfermedades prevalentes. Esta figura es especialmente importante en los diferentes ámbitos del sector sociosanitario tales como la atención especializada y a las personas mayores, dependientes o con discapacidad, contribuyendo a la atención de calidad y a la excelencia de sus servicios.

En España, la prevalencia de malnutrición en personas mayores va del 24,6% al 69,2% en hospitales, del 20,8% al 33% en residencias y del 6,9% al 27,6% entre las personas que viven en la comunidad. Dado el elevado riesgo de malnutrición, merecen especial atención sus consecuencias tales como la fragilidad, sarcopenia, mayor riesgo de fracturas y el incremento de complicaciones en las enfermedades crónicas que habitualmente padecen. Además la malnutrición se asocia con un aumento de cuidados sanitarios e ingresos hospitalarios, así como con una mayor mortalidad tras el ingreso. Por ello, es importante realizar un diagnóstico precoz del riesgo de malnutrición para aplicar en cada caso la terapia nutricional más adecuada, así como monitorizarse el estado nutricional de los pacientes o usuarios, especialmente si reciben dietas especiales por cualquier causa, en particular por disfagia y problemas de masticación.

Un reciente estudio Holandés ha demostrado que la intervención del dietista-nutricionista en el tratamiento dietético de personas mayores con alto riesgo de desnutrición, lo cual es muy frecuente en este grupo de población, reporta hasta 1.9€ por cada euro invertido, alcanzando un beneficio neto de hasta 600€ por persona tratada.

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

JUSTIFICACIÓN

La longevidad va de la mano de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que en muchos casos, conducen a una situación de dependencia con gran necesidad de recursos sanitarios y sociales. Así mismo, las personas con riesgo de exclusión social y de bajo poder adquisitivo, están expuestas a situaciones de inseguridad nutricional que les hace más vulnerables, no en vano es un grupo de población con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, diabetes y otras enfermedades con trasmisibles.

La reciente estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre envejecimiento activo, quiere contribuir a que las personas mayores continúen haciendo todo lo que esté en sus manos, asegurando un envejecimiento con un estado de salud óptimo y minimizando la dependencia.

Las alteraciones nutricionales y enfermedades relacionadas con el estatus nutricional son frecuentes en las personas ancianas y se acentúan en situaciones de institucionalización así como en personas con riesgo de exclusión social o niveles socio-económicos bajos, por lo que es necesario detectar y prevenir la malnutrición y sus efectos sobre la salud y la calidad de vida de los usuarios en el mismo lugar en el que residen y son atendidos.

Cuando el estado nutricional es deficiente (malnutrición), aumenta el riesgo de enfermedades crónicas, se retrasa la recuperación, se facilita una mayor susceptibilidad a la infección, la tasa de ingresos hospitalarios se incrementa, la independencia del individuo y su calidad de vida disminuyen y aumenta la morbilidad, lo que repercute negativamente en los costes sanitarios.

La OMS reconoce en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, que las estrategias para reducir el impacto de las enfermedades crónicas, habitualmente de índole metabólica, son eficaces en la vejez, en particular para reducir la hipertensión y mejorar la nutrición, ya que podrían invertir o retrasar el deterioro de la capacidad e incluso afecciones como la fragilidad. Así, la alimentación, nutrición y dietética son determinantes clave para el manejo y control de las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación como son la diabetes, la obesidad y las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo.

El envejecimiento se acompaña de cambios fisiológicos que pueden afectar el estado nutricional incrementando el riesgo de desnutrición y la dependencia, como lo son las deficiencias sensoriales, la falta de apetito, la escasa salud bucodental, problemas para masticar, problemas en la deglución (disfagias), reducción del flujo gástrico, limitaciones de la movilidad para comprar y preparar las comidas que conllevan el seguimiento de una dieta monótona de baja calidad y otros cambios psicosociales que determinan la dieta en esta etapa.

Teniendo en cuenta la estrecha relación entre alimentación y salud, en especial en grupos vulnerables, principales usuarios de los servicios sociosanitarios, es importante aplicar herramientas coste-eficientes para la prevención, detección e intervención nutricional de la cronicidad, envejecimiento, dependencia y exclusión social, como ha probado ser la incorporación de dietistas-nutricionistas a estos servicios.

La relevancia de los dietistas-nutricionistas en un contexto sanitario recae en el consejo basado en la evidencia sobre alimentación y nutrición para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y en el diagnóstico, tratamiento y manejo de los trastornos relacionados con la nutrición.

Por otra parte, los dietistas-nutricionistas pueden y deben supervisar la preparación y servicio de las comidas, el desarrollo de dietas especiales y personalizadas, así como participar en la investigación y educación en buenos hábitos alimentarios y nutricionales interviniendo sobre el estilo de vida de grupos e individuos.

FUNCIONES DEL DIETISTA-NUTRICIONISTA EN LOS SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

Asesoramiento a servicios sociales, Formación y educación nutricional

- La formación e información en alimentación, nutrición y dietética para cuidadores profesionales y no profesionales, personal sanitario, así como usuarios de los servicios sociales y sus familiares.
- Contribuir a la investigación biosanitaria y la innovación para un mejor manejo nutricional y global de los distintos colectivos.
- Formación de los equipos sanitarios en nutrición para prevenir, detectar y tratar la desnutrición.
- Formación en materia de nutrición, dietética e higiene alimentaria al personal responsable e involucrado en el cuidado de las personas mayores, atención domiciliaria y otros servicios sociales de ayuda a la dependencia y las personas con riesgo de exclusión social.
- Asesoramiento y participación activa en el diseño, planificación y confección de los menús ofrecidos en las residencias de institucionalización de personas mayores, atención domiciliaria y otros servicios sociales de ayuda a la dependencia y las personas con riesgo de exclusión social.
- Promover la educación nutricional en el entorno familiar de los enfermos mayores de 65 años para mejorar la gestión de la enfermedad y favorecer buenas prácticas clínicas y culinarias por parte de los familiares.
- Asesoramiento en el desarrollo de pliegos técnicos para el concurso de concesiones de servicios de alimentación en residencias e instituciones sociosanitarias y de ayuda a domicilio, respecto de los criterios mínimos respecto de prestaciones en alimentación, nutrición y dietética.

Nutrición clínica en la dependencia y la cronicidad.

- Atención y soporte nutricional a personas dependientes y con riesgo de exclusión social.
- Diseño, desarrollo y divulgación de material y herramientas para la promoción de hábitos saludables en un entorno adaptado a las personas mayores y dependientes teniendo en cuenta su funcionalidad y estado de salud.
- Fomento y motivación de hábitos saludables.
- Atención nutricional personalizada en consulta dietética individual y grupal.

- Promoción de grupos multidisciplinares para asegurar un tratamiento integral y de calidad a largo plazo.
- Cribaje del riesgo de malnutrición, valoración completa del estado nutricional y plan terapéutico.
- Planteamiento y ejecución de protocolos de cuidados nutricionales adecuados.
- Monitorización de la evolución de los pacientes y evaluación de la eficacia terapéutica nutricional.
- Planificar, supervisar y evaluar el plan de nutrición clínica diseñado para optimizar la ingesta nutricional de los pacientes.

SITUACIÓN ACTUAL DEL DIETISTAS- NUTRICIONISTAS EN BALEARS

- Llar d'Ancians: 1 dietista-nutricionista contratada a jornada completa.
- Residencia Oms-Sant Miquel y Son Güells: 1 dietista-nutricionista 20 horas/semanales. Cuenta propia.
- Can Blai, Can Raspalls: 1 dietista-nutricionista contratada a jornada completa.
- Cas Serres: 1 dietista-nutricionista 14 horas/semanales. Cuenta propia.

Por todo lo anterior, el CODNIB defiende que las entidades competentes en la prestación de servicios sociosanitarios:

1. Valoren incorporación de Dietistas-Nutricionistas a la relación de puestos de trabajo, para atender las funciones relacionadas con la alimentación, nutrición y dietética de personas dependientes y vulnerables.
2. Consideren al dietista-nutricionista como profesional de referencia para la atención en nutrición y dietética, que contemplaría el plan de alimentación general, derivaciones terapéuticas, cribado del riesgo de malnutrición, tratamiento nutricional y seguimiento del estado nutricional, todo ello en el marco de equipos multidisciplinares establecidos de modo fijo o itinerantes en los servicios sociosanitarios de su competencia.
3. Regularicen la situación laboral de las dietistas-nutricionistas que actualmente prestan servicio en distintos centros de atención sociosanitaria.
4. Estudien las necesidades de los servicios sociosanitarios para establecer una ratio de dietistas-nutricionistas por cada 100 usuarios, considerando que en centros de menor capacidad, pueda hacer servicios itinerantes.
5. Se trabaje para la armonización de los pliegos de condiciones de las concesiones de servicios de alimentación de los centros sociosanitarios autonómicos, insulares y locales, prestando especial atención no solo a la confección de menús, a sus derivaciones terapéuticas y al registro sistemático de la ingesta.
6. Se considere la atención en nutrición y dietética por parte de dietistas-nutricionistas, como una acción coste-eficiente tal y como queda demostrado en este argumentario.

PLAN DE INCORPORACIÓN

FASE I

Período de 0 a 3 años. 1 dietista-nutricionista en las oficinas centrales de atención a la dependencia para atender necesidades estratégicas de planificación de servicios y apoyo, así como al menos 1 dietista-nutricionista en centros sociosanitarios públicos y concertados:

- de atención a la dependencia:
 - hospitales larga estancia con más de 100 camas, asegurando al menos 1 dietista-nutricionista en Menorca e Ibiza
 - residencias para personas mayores con más de 100 plazas asegurando al menos 1 dietista-nutricionista en Menorca e Ibiza
- de atención especializada: Son Güells y Can Raspalls

Regularización de las Dietistas-Nutricionistas que actualmente prestan servicios en centros sociosanitarios

Armonización de pliego de condiciones de prestación de servicios de Dietética y Nutrición en centros sociosanitarios públicos y concertados.

FASE II

Período de 3 a 10 años. 2 dietista-nutricionista en las oficinas centrales de atención la dependencia para atender necesidades de servicios de inclusión social, discapacidad y menores y familias. Así como al menos 1 dietista-nutricionista en centros sociosanitarios públicos y concertados:

- de atención a la dependencia:
 - hospitales larga estancia con menos de 100 camas.
 - residencias para personas mayores con menos de 100 plazas.

Centros de Día para personas mayores, realizando tareas de valoración del estado nutricional e intervención si existe riesgo nutricional, además de supervisión de menús.

PROPUESTA 3. PRIORIZAR LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA EUROPEA SALUD 2020.

Considerar prioritarias las acciones de prevención, contención y tratamiento de la obesidad y las ECNT, en las que la alimentación es uno de los determinantes de salud más relevantes, y a través de la cual el dietista-nutricionista puede desarrollar acciones coste-eficientes.

A nivel global se reconoce la existencia de una epidemia creciente de ECNT entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas, que en su conjunto ocasionaron en 2008 un total de 36 millones de muertes, casi dos tercios de todas las defunciones en el mundo y se prevé que sigan aumentando, especialmente en las regiones de medianos y bajos ingresos. En la década 2010-2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé un incremento del 15% en la mortalidad global debido a ECNT. Todo un desafío para la salud pública mundial.

Los principales factores de riesgo comunes a esta epidemia global de ECNT son, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el sedentarismo, y una alimentación pobre en frutas y hortalizas y rica en grasas saturadas y trans, sodio/sal y azúcares añadidos. Es por ello, que la alimentación constituye un factor clave en la prevención de ECNT. Según la OMS, las enfermedades más comunes relacionadas con la nutrición, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, son:

- la obesidad,
- la diabetes,
- las enfermedades cardiovasculares,
- el cáncer,
- la osteoporosis y
- las enfermedades dentales.

En España, aproximadamente el 50% de la población entre 25 y 60 años presenta exceso de peso, que se reparte en un 39% con sobrepeso y un 15,5% con obesidad. En Baleares la población mayor de 18 años llega a cifras de sobrepeso del 43% y del 13% de 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).

España es el tercer país de la Unión Europea con mayor porcentaje de niños obesos o con sobrepeso entre los 7 y los 11 años. Según la encuesta nacional de Salud 2011-2012 el 26,8% de la población española con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años tenían exceso de peso. Los últimos datos de Baleares (EPOIB2017) apuntan que entre niños y adolescentes la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 14.7 % y 10.4 respectivamente, cifras que muestran una tendencia decreciente respecto de 2005, en los que se situaban en 18.3% y 11.5%

respectivamente. Estos datos también se ponen de manifiesto en el estudio Aladino 2015 donde a pesar de notarse una tendencia a la baja, la prevalencia de la sobre peso y obesidad infantil en niños y niñas entre 6 y 9 años es de 23.2% y 18.1% respectivamente.

El 43% de episodios coronarios en hombres y el 37% en mujeres, pueden atribuirse al exceso de peso. Las Islas Baleares presentan una tasa superior a la española en cuanto a enfermedades cardio y cerebro vasculares tanto en hombres como en mujeres.

El 21% de las mujeres de Baleares mayores de 30 años padecen hipertensión, el 19% dislipemia, el 23% sobrepeso, el 13% obesidad y el 7% Diabetes Mellitus. El 5,2% de la población balear está diagnosticada de Diabetes Mellitus, lo que presenta un 9.5% respecto de años anteriores.

El exceso de peso es responsable del 80% de los casos de diabetes tipo 2, del 35% de la cardiopatía isquémica, 55% de la hipertensión arterial y causa en Europa más de 1 millón de muertes cada año. En Estados Unidos la enfermedad cardiovascular, el cáncer y la diabetes tipo 2, enfermedades claramente relacionadas con la alimentación, son responsables de 2 de cada 3 muertes. . La enfermedad renal crónica (ERC) está reconocida como problema mundial de salud pública, que afecta aproximadamente al 10% de la población y presenta un importante infra diagnóstico. La causa principal de ERC en Europa es la Diabetes Mellitus.

Los factores dietéticos son responsables del 30% de los cánceres en países industrializados. Según la Asociación Española Contra el Cáncer, siete de cada diez cánceres se pueden evitar con una vida saludable que incluya una alimentación adecuada. Por otra parte la OMS advierte que una escasa ingesta de frutas y hortalizas ocasiona el 19% de los casos de cáncer gastrointestinal y el 31% de los casos de cardiopatías isquémicas, produciendo 2,7 millones de muertes anuales en todo el mundo. Dichas cifras pueden modificarse con intervenciones nutricionales sencillas.

El perfil alimentario actual en España evidencia una carencia en el consumo de alimentos vegetales, particularmente cereales integrales y legumbres, recomendándose un mayor consumo de verduras y frutas frescas, 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.

Estos trastornos y enfermedades están claramente ligados a la desigualdad económica y social, lo que ocasiona una terrible inequidad, disminuyendo las oportunidades de grupos importantes de población.

Para finalizar, la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, en su Artículo 39 sobre. Prevención de la obesidad a través de los servicios de salud, indica que " *Las autoridades sanitarias facilitarán las condiciones y los recursos necesarios, incluida la formación, para que todo el personal sanitario de atención primaria y las oficinas de farmacia ofrezcan a los pacientes una información sencilla sobre hábitos alimentarios y de actividad física. Además, facilitarán los recursos necesarios para la detección precoz del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, y desarrollarán los programas necesarios para lograr su prevención*".

PROPUESTA 4. PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA OBESIDAD PEDIÁTRICA.

Enmarcar las actividades de cribaje en los protocolos de prevención, detección precoz y tratamiento de la obesidad infantil y juvenil de Atención Primaria.

Asegurar la educación alimentaria-nutricional en los centros escolares, y la seguridad nutricional de los usuarios del comedor escolar, de acuerdo a la Ley de Seguridad Alimentaria y Nutrición y a los Documentos de Consenso sobre Alimentación en Centros Educativos.

Informar y formar a los profesionales del plan propuesto, incluido los profesores, en alimentación y nutrición, de modo que haya coherencia con las políticas de promoción de la salud a partir de la evidencias en alimentación saludable.

Asegurar las acciones conducentes a que los escolares deseen comer sano, sepan cómo hacerlo, tengan la posibilidad de llevarlo a cabo y busquen ayuda cuando la necesiten para resolver situaciones derivadas de la alimentación y nutrición.

PROPUESTA 5. IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Implantación de protocolos para el cribado sistemático del estado nutricional de los usuarios del Sistema Balear de Salud, en especial en el ámbito hospitalario. El dietista-nutricionista es un profesional sanitario clave para la implantación y seguimiento de estos sistemas, tal y como lo están demostrando las diferentes experiencias en hospitales de Baleares, donde se evidencia que el 53% de los pacientes tienen riesgo de desnutrición.

Cuantificar y evaluar el riesgo de desnutrición hospitalaria.

Incluir indicadores de calidad asistencial para la evaluación específica del manejo del estado nutricional de los pacientes ingresados. Desde CODNIB proponemos los siguientes:

- Disponer de medios que aseguren una alimentación adecuada y segura, que además de tener en cuenta el estado de salud y riesgo de malnutrición del paciente, contemple aspectos culturales, religiosos, medioambientales, etc. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo para identificar pacientes desnutridos o con riesgo de desnutrición a través de herramientas de cribado nutricional integradas en la evaluación completa al ingreso hospitalario. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo para identificar y prevenir las causas de desnutrición. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo de evaluación completa (valoración nutricional) del estado nutricional en pacientes con riesgo de desnutrición, desnutridos o que puedan beneficiarse de una actuación dietética. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo de aplicación y evaluación de la atención y soporte nutricional. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo para la codificación del diagnóstico de desnutrición. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo para monitorizar la ingesta de alimentos y complementos del soporte nutricional. (Obligatorio)
- Disponer, para la explotación del Servicio de Alimentación, de un pliego técnico de condiciones detallado que incorpore indicadores de calidad de la atención y soporte nutricional de los pacientes. (Obligatorio)
- Implantar un protocolo de evaluación y seguimiento de la calidad del Servicio de Alimentación que incluya la aceptación de las dietas hospitalarias. (Obligatorio)

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incorpora entre las nuevas prestaciones y servicios, el cribado y tratamiento de la obesidad.

La Resolución ResAP (2003) sobre alimentación y asistencia nutricional en los hospitales del Comité de Ministros del Consejo de Europa 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. De acuerdo a esta resolución la valoración nutricional debe ser una herramienta imprescindible en la evaluación completa del paciente hospitalizado. Esta deberá ser universal, precoz, sencilla de aplicar, basada en la mejor evidencia científica disponible y adaptable a las diversas circunstancias clínicas de los pacientes como edad, sexo, gravedad de la enfermedad. La detección de un paciente en riesgo nutricional deberá seguirse de una evaluación nutricional completa, un plan terapéutico nutricional individualizado y una monitorización de la evolución.

El Soporte nutricional se entiende como la valoración del estado nutricional actual, estimación de las necesidades nutricionales, prescripción y suministro de la energía apropiada, macro nutrientes y micronutrientes, electrolitos y líquidos (en forma de comida de hospital ordinaria (como primera opción), nutrición por sorbos y/o nutrición artificial), monitorización de dicho proceso dentro del marco del estado clínico, y garantía de que se esté utilizando siempre la vía de administración más adecuada. El soporte nutricional forma parte del tratamiento médico y su propósito es mejorar o mantener el estado nutricional del paciente y adelantar y mejorar la recuperación.

La desnutrición aumenta las complicaciones clínicas (infecciones, fracaso intestinal,..), las tasas de morbilidad y mortalidad, dificulta la recuperación postoperatoria, alarga la estancia hospitalaria y aumenta la tasa de reingresos. De ahí, la importancia de organizar sistemas de detección rápidos del riesgo de desnutrición al ingreso de todos los pacientes. Es común que el paciente, ingrese con un estado nutricional alterado, tanto por exceso como por defecto. Este problema se ve agravado por las desnutriciones ocurridas durante la estancia en el hospital, debidas entre otras razones a las deficiencias de la dietética y la restauración hospitalarias, y al uso de procedimientos terapéuticos que dificultan la alimentación del paciente y, en muchos casos, aumentan los requerimientos de energía y nutrientes, sin que se apliquen protocolos de cribado del estado nutricional ni se desarrollen acciones de soporte nutricional. Así lo demuestran estudios nacionales de gran repercusión como es el "PREDYCES", donde se señala la importancia de los planes de prevención de la desnutrición hospitalaria en la disminución de los costes sanitarios.

Los resultados del estudio "PREDYCES" han desencadenado en la elaboración del documento "consenso multidisciplinar sobre el abordaje de la desnutrición hospitalaria en España" en el que el colectivo de dietistas-nutricionistas ha tenido la oportunidad de participar. El documento tiene cuatro grandes objetivos que van en línea con los de la Resolución ResAP (2003): la prevención de la desnutrición hospitalaria relacionada con la enfermedad, el diagnóstico precoz de la misma, el soporte nutricional y las herramientas necesarias para el manejo de la intervención nutricional en el paciente con desnutrición hospitalaria, y finalmente la evaluación

del cumplimiento y la eficacia de la intervención realizada. Entre otras, recomienda las siguientes actuaciones a nivel de hospitalización, atención primaria o centros geriátricos:

Hospitalización:

- En las 24-48h del ingreso hospitalario se realice un cribado nutricional para detectar el riesgo de desnutrición de forma precoz (nivel de recomendación A). Reevaluar semanalmente (nivel de evidencia D).
- Si el cribado es positivo; realizar valoración nutricional completa (nivel recomendación D).
- Documentar los requisitos nutricionales y valorar la ingesta (nivel de recomendación D).

Actuación nutricional:

- Individualizar los menús y enriquecerlos (nivel de recomendación A).
- Suplementación oral si las modificaciones dietéticas son insuficientes (nivel de evidencia A).
- Considerar nutrición enteral si la vía oral no es suficiente (nivel de recomendación A).

Al alta:

- Dar pautas nutricionales verbales y escritas sobre tratamiento nutricional al alta (nivel de recomendación D).
- Codificación del Diagnóstico e intervención nutricional al alta (nivel de recomendación D).

Atención primaria y centros geriátricos:

- Cribado nutricional (nivel de recomendación D):
- Atención primaria si riesgo; pérdida de peso, disminución de la ingesta etc.
- Centros geriátricos al ingreso y si hay riesgo nutricional.
- Cribado negativo: reevaluar en 6m o antes si en riesgo.
- Valoración nutricional completa si el cribado es positivo (nivel de recomendación D).

Asimismo, desde el CODNIB creemos necesario que se considere la atención y soporte nutricional, en el marco de equipos multidisciplinares (médicos, enfermeros, dietistas-nutricionistas, farmacéuticos, etc.), como indicador clave de los servicios asistenciales pues las experiencias en otros países, muestran resultados muy favorables en términos de coste beneficio.

En hospitales de Baleares, la desnutrición hospitalaria afecta a más de la mitad de los pacientes que ingresan en un hospital de media-larga estancia y se asocia con mayor morbimortalidad. Los resultados subrayan la necesidad de establecer un plan de actuación y seguimiento nutricional de prevención y tratamiento. Estas medidas reducen la tasa de eventos adversos evitables y ahorran los costes asociados con ellos.

Estudios recientes demuestran que la participación de dietistas-nutricionistas pueden mejorar el soporte nutricional al disminuir las prescripciones inapropiadas de nutrición parenteral (NP), y disminuir un 20% el gasto de NP lo que puede suponer un ahorro de 220.000€ en dos años (ADA 2010). En España, con una prevalencia de desnutrición hospitalaria del 23% se estima que un paciente con riesgo de desnutrición al ingreso, cuesta 1.400€ más que otro sin riesgo; este gasto llega a ser de 6.000€ más, cuando el paciente se desnutre en el hospital, algo muy habitual cuando no se dispone de equipos multidisciplinares de soporte nutricional. La desnutrición hospitalaria le cuesta al Sistema Nacional de Salud cerca de 1.700 millones de €. (más datos de coste eficacia en alegaciones realizadas en el EJE II: Eficiencia y sostenibilidad, Línea 1: Establecimiento de un marco de rigor y austeridad en el sistema sanitario público)

Incorporación contenidos sobre alimentación y nutrición, además de recomendaciones dietéticas y dietoterapéuticas para los pacientes crónicos y en riesgo de malnutrición, de modo que puedan gestionar sus planes de alimentación, adherencia a tratamientos dietoterapéuticos, dudas, etc., de una manera telemática participativa y mediada por el Sistema de Salud y sus profesionales sanitarios.

La incorporación del dietista-nutricionista al Sistema Balear de Salud, contribuiría no sólo a la mejora de la salud y de la calidad de vida de la población, sino que serviría para optimizar las inversiones en sanidad, mejorando así la relación coste-efectividad.