

Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics



CrossMark
click for updates

www.renhyd.org



ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Unidades Prioritarias para la Integración de Dietistas-Nutricionistas en Atención Hospitalaria Especializada en el Sistema Valenciano de Salud. Consenso de Expertos por Metodología Delphi

Luis Cabañas-Alite^{a,*}, Ruth García-Barajas^a, Rocío Bueno-Martínez^a

^a Departamento de Proyectos, Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunitat Valenciana (CODiNuCoVa), Valencia, España.

*proyectos@codinucova.es

Editor Asignado: Rafael Almendra-Pegueros. Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona, España.

Recibido el 13 de agosto de 2023; aceptado el 5 de noviembre de 2023; publicado el 4 de marzo de 2024.

PALABRAS CLAVE

Personal de Salud;
Servicios de Salud;
Dietista-
Nutricionista;
Sistema Nacional de
Salud;
Recursos Humanos.

➤ **Unidades Prioritarias para la Integración de Dietistas-Nutricionistas en Atención Hospitalaria Especializada en el Sistema Valenciano de Salud. Consenso de Expertos por Metodología Delphi**

RESUMEN

Introducción: En el año 2009 se realizó la primera declaración de postura sobre la incorporación del colectivo de Dietistas-Nutricionistas (DN) en el Sistema Nacional de Salud, actualizada en 2020. En 2023, el Colegio Oficial de Dietistas-Nutricionistas de la Comunitat Valenciana plantea una actualización basándose en esta, incluyendo una previsión de los recursos humanos necesarios para cumplir estos criterios, destacando que harían falta 770 plazas en toda la Comunitat Valenciana. Este estudio complementa este informe, estableciendo la prioridad de integración en las unidades en base al criterio de expertos.

Metodología: Se planteó un estudio exploratorio utilizando metodología Delphi, como proceso de consenso prospectivo, participando un grupo de expertos (n=12) que respondieron de forma anónima a dos cuestionarios sucesivos por vía electrónica; en primer lugar, con una preselección de 6 de las 28 unidades sanitarias presentadas, y en segundo lugar ordenando de más a menos prioritario las 28 unidades indicadas.

Resultados: Los resultados de ambos métodos indican que es más prioritario la integración de los y las DN en las unidades de Dietética y Nutrición, Oncología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Diálisis. Otras unidades sanitarias con prioridad variable son Cirugía General, Medicina Interna, Nefrología y Cardiología. Ambos métodos reflejan que las unidades de Urología, Hospitalización a Domicilio, Anestesia y Reanimación, Psiquiatría o las unidades de cirugía no general (torácica, cardíaca, neurológicas) serían las menos prioritarias para la integración de estos profesionales.

Conclusiones: Estudios exploratorios como el presentado anteriormente pueden ayudar a la administración pública a establecer prioridades asistenciales. La integración de estas plazas debe atender a los criterios expertos como los planteados en el presente trabajo. lencia de alteraciones del crecimiento en niños con esta y otras condiciones patológicas.



KEYWORDS

Health Personnel;
Health Services;
Dietitian-
Nutritionist;
National Health
System;
Human Resources.

➤ **Priority Units for The Integration of Dietitian-Nutritionists in Specialized Hospital Care in the Valencian Health System. Expert Consensus by Delphi Methodology**

ABSTRACT

Introduction: In 2009, the first position statement was made on the incorporation of the group of Dietitians-Nutritionists in the National Health System, updated in 2020. In 2023, the Official College of Dietitians-Nutritionists of the Valencian Community proposes an update based on this, including a forecast of the human resources necessary to meet these criteria, highlighting that 770 places would be needed throughout the Valencian Community. This study complements this report, establishing the priority of unit integration based on the expert's criteria.

Methodology: An exploratory study was proposed using Delphi methodology, as a prospective consensus process, involving a group of experts (n=12) who responded anonymously to two successive questionnaires electronically; firstly, with a pre-selection of 6 of the 28 health units presented, and secondly, ordering from most to least priority the 28 indicated units.

Results: The results of both methods indicate that the integration of DNs in the Dietetics and Nutrition, Oncology, Digestive System, Endocrinology and Dialysis units is a higher priority. Other health units with variable priority are General Surgery, Internal Medicine, Nephrology and Cardiology. Both methods reflect that the units of Urology, Hospitalization at Home, Anesthesia and Resuscitation, Psychiatry, or the units of non-general surgery (thoracic, cardiac, neurological) would be the least priority for the integration of these professionals.

Conclusions: Exploratory studies such as the one presented above can help the public administration to establish care priorities. The integration of these places must meet the expert criteria such as those raised in this work.

MENSAJES
CLAVE

1. Las necesidades de referencia de Dietistas-Nutricionistas en Atención Especializada al acceso de la población se conocen desde hace varias décadas, sin embargo, su integración no se ha producido de forma suficiente en la actualidad.
2. Dicha integración debe realizarse de forma prioritaria en las unidades de Dietética y Nutrición, Oncología, Aparato Digestivo, Endocrinología, Medicina Interna y Diálisis.
3. Las unidades asistenciales donde su integración es necesaria pero menos urgente según este análisis de expertos son: Neumología, Neurología, Alergología, Psiquiatría, Anestesia y Reanimación, Medicina Intensiva, Neurocirugía, Urología, Unidad de Hospitalización a Domicilio, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Quemados y Trasplantes.

CITA

Cabañas-Alite L, García-Barajas R, Bueno-Martínez R. Unidades Prioritarias para la Integración de Dietistas-Nutricionistas en Atención Hospitalaria Especializada en el Sistema Valenciano de Salud. Consenso de Expertos por Metodología Delphi. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2024; 28(1): 30-7.
doi: <https://doi.org/10.14306/renhyd.28.1.2010>

INTRODUCCIÓN

En el año 2009 se realizó la primera declaración de postura sobre la incorporación del colectivo de Dietistas-Nutricionistas (DN) en el Sistema Nacional de Salud (SNS)¹, actualizada en 2020² como Declaración de Postura del Grupo de Especialización en Nutrición Clínica y Dietética (GE-NuCyD). Cabe destacar que la profesión de DN, a pesar de tener estudios reglados de Diplomatura³ y posteriormente Grado⁴, reconocida como profesión sanitaria, está incluida de forma minoritaria en el SNS. La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias incluye esta profesión, habilitado como experto sanitario de referencia en el tratamiento dietético-nutricional⁵.

Son varios los organismos que han planteado la incorporación de los y las DN en el SNS, desde la década de los 70. Las citadas declaraciones de postura^{1,2} planteaban que la inclusión de estos profesionales tuvieran un ratio de 1 profesional por cada 40 camas hospitalarias en camas de especialidad, de 1 para 75 en el caso de pacientes agudos, 1 profesional por cada 100 o 150 camas en los casos de media y larga estancia, respectivamente. Estos datos son los planteados por la Comunidad Europea, que ratificó también la Organización Mundial de la Salud en 1976, indicando que los hospitales regionales e intermedios deberían contar con un profesional por cada 50 pacientes^{6,7}.

Internacionalmente, se ha publicado la "Declaración de Viena", elaborada por la ESPEN (*The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*), que eleva a derecho humano la atención nutricional, como llamamiento para actuar contra la malnutrición relacionada con la enfermedad⁸. En esta postura, se señala que la nutrición clínica debe asegurar en su práctica e intervenciones principios de autonomía, dignidad, respeto, justicia y equidad⁸, cuestión para la que se necesita un sistema sanitario que garantice que todos los pacientes tengan acceso a los beneficios de un cribado y diagnóstico temprano de desnutrición, para recibir una alimentación hospitalaria adecuada, una dieta terapéutica acorde a sus necesidades y una terapia médico-nutricional administrada por un equipo interdisciplinar⁹.

Anteriormente, la Declaración de Cartagena definía el enfoque interdisciplinar del cuidado nutricional como el cuidado que incluiría, como mínimo, con profesionales de nutrición, enfermería, medicina y farmacia, fomentando otras disciplinas profesionales¹⁰.

Por otra parte, de acuerdo con la cartera de servicios de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición en 2016 y 2022, las Unidades/Servicios de Endocrinología y Nutrición precisan de unos recursos humanos necesarios para prestar una atención eficaz y de calidad, resumidos en cuanto a las DN en 1 por cada 200 camas hospitalarias¹¹.

Las necesidades para España son las siguientes^{1,2}:

- En Atención Primaria: 1 DN por cada 50.000 tarjetas sanitarias.
- En Atención Especializada: 1 DN por cada 100 camas en calidad de integrante o responsable de la Unidad de Dietética y Nutrición, y 1 DN por cada unidad asistencial en calidad de integrante de las unidades de Alergología, Cardiología, Aparato Digestivo (AD), Endocrinología, Geriatria, Nefrología, Diálisis, Oncología, Pediatría y Psiquiatría.
- En Salud Pública o Preventiva: 1 DN por cada 500.000 tarjetas sanitarias.

Sin embargo, en el SNS no se ha cumplido ninguna de las indicaciones anteriores, mientras que entidades como *Dietitians of Canada* han creado varios posicionamientos sobre las ventajas de su implementación. Apoyándose en una revisión sistemática de 2015 que indicó que por cada dólar invertido en consejo dietético en Atención Primaria podrían ahorrarse entre 5 y 99 dólares¹², plantean que el ratio de DN en Atención Primaria debería ser de entre 1 por cada 15.000 a 18.000 tarjetas sanitarias hasta de 1 DN para cada 300 a 500 pacientes con diabetes *mellitus*, para garantizar un acceso efectivo a la población¹³. Por otro lado, la Academia de Nutrición y Dietética de EE. UU. de 2012 la demanda de DN en la población podría crecer un 1,1% cada año, especialmente en paciente ambulatorio y en Atención Primaria con medidas de prevención, derivado de una mayor prevalencia de obesidad y patologías relacionadas, además de por el envejecimiento progresivo de la población¹⁴.

En el plano autonómico, en la Comunitat Valenciana (CV) se creó la categoría profesional de DN en 2013, cuestión auspiciada por el Colegio Oficial de Dietistas-nutricionistas de la Comunitat Valenciana (CODiNuCoVa), creado en 2009¹⁵. Esta entidad publicó en 2023 el informe *Estarem*, un informe técnico del estado actual de la profesión de DN en el Sistema Valenciano de Salud (SVS), indicando una previsión de necesidades y adaptándolo a la estructura administrativa y asistencial de la CV, completando la primera declaración de postura de 2009 en algunas unidades en las que la intervención dietético-nutricional puede ser pilar de un tratamiento, contando con la experiencia clínica de profesionales que se desarrollaban en este ámbito¹⁶.

Este informe recogía los datos indicados anteriormente para evaluar la previsión de las plazas de DN en la CV, indicando que se necesitarían un total de 770, indicando también el sobrecoste de la asistencia sanitaria y cuánto podía ser capaz de ahorrar económicamente integrar 1 DN en los equipos multidisciplinares. A finales de 2022 se publicó la Ley 9/2022, de 30 de diciembre, en el que se incorporaba una enmienda en los presupuestos de esta comunidad, con el objetivo de incorporar 100 DN en Atención Primaria durante 2023¹⁷. A la vista de esta publicación, el informe

Estarem concluía que el ahorro esperable gracias a esta medida podría estar alrededor de 11.365.594,2 €¹⁶.

La organización del SVS tiene una estructura administrativa territorial y asistencial concreta, definida en el Artículo 7 de la Ley 10/2014 de 29 de diciembre¹⁸, de Salud de la Comunitat Valenciana, como "el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana (...) dirigidos a hacer efectivo el derecho constitucional a la salud".

Las competencias sanitarias quedaron definidas en la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio¹⁹. Esta norma otorga a la CV la capacidad de organizar y administrar dentro del territorio sus servicios sanitarios, y dentro de su organigrama se determina que el territorio se ordena administrativamente en departamentos de salud. Estos departamentos son definidos como estructuras fundamentales del SVS, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio a efectos sanitarios¹⁸. La previsión de DN por DS en la CV pueden observarse en la Tabla 1.

De acuerdo con los datos planteados previamente, el objetivo de este estudio fue identificar las unidades prioritarias en atención hospitalaria especializadas para la integración de DN en el SVS mediante un consenso de expertos por metodología Delphi.

METODOLOGÍA

Este estudio se enmarca como estudio observacional-exploratorio, dado que es un área escasamente estudiada la integración de profesionales en niveles de atención sociosanitaria, por lo que no existe un modelo específico para resolver esta hipótesis, buscando construir un marco teórico basado en mecanismos de consenso. Se utilizó Metodología Delphi ya que se ha demostrado como un método útil y flexible para alcanzar consenso en un área de incertidumbre o falta de evidencia empírica²⁰ y, dadas las características del estudio, no fue necesaria la evaluación por un Comité de Ética o Investigación Biomédica.

Para este objetivo, se reclutó un Grupo de Expertos (GE), formado por DN, que trabajan en la actualidad en hospitales públicos en labores asistenciales, que tuvieran experiencia de al menos 2 años para asegurar que conocían el entorno sobre el que se les pedía información y que habían participado en la confección del documento *Estarem*. Los miembros del GE otorgaron su consentimiento informado para su participación. Sus respuestas se obtuvieron de forma anónima con dos cuestionarios sucesivos y sin interacción entre los propios expertos. La interpretación de los datos fue de forma agregada, no haciendo posible una trazabilidad entre respuesta y participante. Los datos se recogieron entre el 12 y el 26 de enero de 2023, explicándose de forma oral

Tabla 1. Resumen del número total de DN por DS, según el informe *Estarem*¹⁶.

Departamentos de Salud	Necesidades de DN en AP	Necesidades de DN en AE	Total
Vinaròs	2	18	20
Castelló	6	48	54
La Plana	4	20	24
Sagunto	3	19	22
València-Clínic	7	38	45
València-Arnau	7	40	47
València-La Fe	6	39	45
Requena	1	16	17
Valencia-CHGUV	7	32	39
València-Doctor Peset	6	30	36
La Ribera	6	30	36
Gandia	4	21	25
Dénia	4	26	30
Xàtiva-Ontinyent	4	36	40
Alcoi	3	21	24
Marina Baixa	4	21	25
Alacant-Sant Joan	5	23	28
Elda	4	22	26
Alacant-General	6	40	46
Elx	4	24	28
Orihuela	4	19	23
Torreveja	4	24	28
Manises	5	28	33
Elx-Crevillent	4	25	29
TOTAL	110	660	770

y escrita la intención del estudio para solicitar el consentimiento informado.

Las respuestas se obtuvieron en dos oleadas con métodos de valoración basados en encuestas enviadas a tal efecto, modificando la cantidad de unidades a incluir, para determinar si existía consenso en las respuestas o poca dispersión en las

puntuaciones planteadas a continuación y, por otro lado, se limitaba la posibilidad de empate en los puntos asignados. Los enlaces enviados eran de único uso, es decir, una vez enviada la respuesta no se podía plantear una segunda respuesta ni corregir los datos.

Las dos oleadas se realizaron de la siguiente forma:

- En primer lugar, se preguntó al GE que seleccionasen y puntuasen entre las 28 unidades en las que se considera que tendría que incluirse 1 DN en qué 6 considerarían más urgente la inclusión de profesionales de forma efectiva, puntuándolas de 1 (menos urgente) a 6 (más urgente). Para obtener estos datos, se utilizó el software de Google Forms.
- En segundo lugar, al GE se le pidió que ordenase de máxima prioridad a mínima prioridad el total de 28 unidades, de forma correlativa y sin posibilidad de poner en un mismo lugar dos unidades. La puntuación en este caso fue para un primer lugar ("más prioritario") de 28 y para un último lugar ("menos prioritario") de 1 único punto. Se utilizó una encuesta mediante el software Typeform.

La media de tiempo utilizado para la primera encuesta fue de cuatro minutos y 39 segundos y para la segunda de 20 minutos y 58 segundos.

RESULTADOS

A continuación, pueden observarse los resultados para la metodología planteada anteriormente para ambos métodos a la consulta al GE (n=12), habiendo sido rellenados ambos cuestionarios completos, sin eliminación posterior de ningún dato.

En la Tabla 2 se puede observar que las unidades consideradas de máxima urgencia a la hora de incluir a DN utilizando la técnica de preselección y numeración de 1 a 6, siendo las cinco unidades más urgentes las de Dietética y Nutrición, Oncología, Endocrinología, AD / Medicina Interna, que empatan con 24 puntos, y Diálisis.

Los resultados del segundo análisis pueden consultarse en la Tabla 3; donde, como se indicó anteriormente, la máxima puntuación posible era de 336 y la mínima de 28. En este caso, las cinco unidades más prioritarias, fueron: Dietética y Nutrición (324 puntos), Oncología (306), AD (292), Endocrinología (262) y Diálisis (240).

Las respuestas de las personas consultadas de esta segunda actividad de forma no agregada para análisis posteriores pueden consultarse como [material suplementario](#).

Tabla 2. Unidades hospitalarias con mayor prioridad de integración de profesionales DN, según primer método.

Unidad	Puntuación	Prioridad
Dietética y Nutrición	51	1º
Oncología	39	2º
Endocrinología	30	3º
AD / Medicina Interna	24	4º
Diálisis	16	5º
Cirugía General	14	6º
Pediatría	11	7º
Hematología Clínica	9	8º
Nefrología	8	9º
Geriatría	4	10º
Cardiología / Radioterapia	3	11º
Cirugía Maxilofacial / Otorrinolaringología	2	12º
Neumología / Neurología	1	13º
Alergología / Psiquiatría / Anestesia y Reanimación / Medicina Intensiva / Neurocirugía / Urología / Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) / Cirugía Cardíaca / Cirugía Torácica / Quemados / Trasplantes	0	14º

DISCUSIÓN

Los resultados de ambos métodos indican que es más prioritario la integración de los y las DN en las unidades de Dietética y Nutrición, Oncología, AD, Endocrinología y Diálisis. En ambas propuestas metodológicas existe consenso para la selección de estas unidades como las más prioritarias. Destacan la unidad de Medicina Interna, que con el primer método se posiciona en cuarto lugar, y con el segundo en décimo, o Cirugía General, que se posiciona en sexto lugar con el primer método y undécimo con el segundo ejercicio. Una cuestión inversa ocurre tanto con Nefrología, que se posiciona como noveno en la primera prueba y asciende a la quinta posición en la segunda prueba, como con

Tabla 3. Unidades hospitalarias con mayor prioridad de integración de profesionales DN, según segundo método.

Unidad	Puntuación	Prioridad
Dietética y Nutrición	324	1º
Oncología	306	2º
AD	292	3º
Endocrinología	262	4º
Diálisis	240	5º
Nefrología	231	6º
Cardiología	228	7º
Geriatría	221	8º
Pediatría	217	9º
Medicina Interna	209	10º
Cirugía General	206	11º
Hematología Clínica	189	12º
Radioterapia	188	13º
Medicina Intensiva	185	14º
Alergología	157	15º
Neumología	154	16º
Trasplantes	154	16º
Cirugía Maxilofacial	151	17º
Quemados	135	18º
Neurología	128	19º
Psiquiatría	115	20º
Neurocirugía	111	21º
Otorrinolaringología	93	22º
Cirugía Cardíaca	89	23º
Cirugía Torácica	81	24º
Anestesia y Reanimación	73	25º
UHD	73	25º
Urología	60	26º

Cardiología, que en primer lugar obtiene un undécimo lugar y pasa a la séptima posición en el segundo método. El resto de los resultados es similar en ambos métodos, lo cual otorga consistencia interna para verificar tanto las unidades más prioritarias

como las menos prioritarias. Esta consistencia interna entre ambas respuestas indica que ambos métodos de forma individual podrían ser eficaces para el objetivo del estudio.

La cuestión de *dónde* integrar a profesionales una vez la población entiende su necesidad es compleja y ha sido poco abordada por la bibliografía científica, pese a existir publicados casos de éxito en la integración puntual de profesionales, como el caso de la integración de 2 DN y 2 profesionales de enfermería en el Hospital Universitario Son Espases, enfocándose en estrategias de trabajo conjunto con otros servicios, como Farmacia o Restauración Hospitalaria²¹.

En cualquier caso, se debe entender esta cuestión del *dónde* en el sentido administrativo de la palabra: existe multitud de bibliografía que destaca los beneficios de la terapia nutricional para la prevención de patologías, promoción de la salud y conseguir una atención exitosa para el tratamiento de patologías². Si bien lo idóneo es cubrir y cumplir las necesidades de la población para que reciba una atención que se conoce como necesaria, los presupuestos o proyectos de integración suelen ser implicar una incorporación progresiva. Ante un presupuesto limitado, el presente estudio intenta responder a cómo habría que priorizar la atención a pacientes más urgentes o que, como mínimo, solicitan más la atención de DN, basándose en la experiencia de profesionales que actualmente ejercen dicha profesión en hospitales públicos.

En este sentido, la Unión Europea plantea en el año 2003 una resolución que indica: *"la dirección del hospital (...), los dietistas y el personal del servicio de alimentación deben trabajar en equipo para proporcionar atención nutricional"*²², sin delimitar las responsabilidades de los diferentes departamentos en relación con la atención nutricional, el soporte nutricional y el servicio de alimentación. Esta tendencia se sigue produciendo en Europa, con sistemas con un nivel de atención nutricional dispar. Por ejemplo, en cuanto a nutrición enteral o parenteral, en Portugal se realizó un estudio en hospitales (44), de los que 4 tenían un equipo de soporte nutricional con DN²³.

En España, en el año 1997 se publicó un estudio en 98 hospitales donde se indicaba que solo el 40%, un total de 39, contaban con una unidad de nutrición clínica, dato que ascendió hasta 129 hospitales en el año 2001. Estas unidades estaban formadas por un profesional médico de Endocrinología y Nutrición²⁴.

Por otro lado, en 2017, el Grupo de Trabajo sobre Gestión de la SENPE evaluó la organización y gestión de una muestra representativa de hospitales, describiendo varios métodos de organización en la atención clínica, indicando que para la muestra de 58 hospitales, el rango de profesionales DN era de 0-8, con una mediana de 0, y en ningún caso a tiempo completo, sino a tiempo parcial sin indicar la cantidad²⁵. Posteriormente, el

estudio RECALSEEN sí encontró que el 53% de los servicios de Endocrinología y Nutrición con una unidad de nutrición tenían integrados DN como parte de su unidad, en una mediana de 1 DN por servicio²⁶, habiendo analizado 88 respuestas de 125 hospitales.

Por otro lado, los estudios más recientes sobre la situación de DN en hospitales en España indican que, pese a la existencia de regulación, la presencia de estos profesionales es escasa e insuficiente², existiendo análisis por comunidades autónomas solo para Castilla y León²⁷, donde existían 0 DN en 2006, y Andalucía en 2017, donde se encontraron 31 DN en hospitales públicos y 4 en privados²⁸, en cualquier caso en servicios de restauración y no en servicios de atención al paciente, como los analizados anteriormente.

Este estudio exploratorio y metodología utilizada garantiza una manera de complementar con informes técnicos para cada comunidad autónoma, de modo que pueda concluirse la necesidad de los recursos humanos que necesita cada sistema sanitario, para que su integración sea la adecuada y coordinada a las necesidades de su población.

Por último, cabe destacar presente estudio tiene varias limitaciones, por su propia característica de exploratorio: la metodología implementada es novedosa para una pregunta no resuelta por la bibliografía científica pero que puede ser administrativamente necesario responder, por lo que no puede compararse con estudios similares que evalúen su validez, ya sea para su aplicación o para evaluar sus resultados como fiables. Por otro lado, las profesionales que atendieron la encuesta fueron únicamente DN, profesión beneficiada del análisis.

Sin embargo, esta última limitación es también su mayor fortaleza: las personas del GE son las personas que trabajan actualmente en este ámbito, por lo que son aquellas que más conocen las necesidades hospitalarias y de donde reciben más interconsultas, por lo que son las profesionales que en cualquier caso deben ser consultadas para esta integración que la población refiere y necesita.

CONCLUSIONES

Estudios exploratorios como el presentado anteriormente pueden ayudar a la Administración Pública a establecer prioridades asistenciales, especialmente cuando la metodología utilizada para favorecer decisiones es la misma. En el caso de la aprobación de plazas en hospitales públicos de la Comunitat Valenciana, los servicios donde sería más prioritario la integración son Dietética y Nutrición, Oncología, AD, Endocrinología y Diálisis. De

forma intermedia y tras las anteriores, deberían cubrirse las unidades de Cirugía General, Pediatría, Hematología Clínica, Nefrología, Geriátrica, Cardiología, Radioterapia, Cirugía Maxilofacial, Otorrinolaringología, Neumología y Neurología.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las personas participantes y al personal del CODiNuCoVa.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Todos los/as autores/as revisaron críticamente esta y las versiones anteriores del documento, y participaron de la interpretación de los resultados. L.C.-A. se encargó del diseño del estudio, análisis de datos y redacción del manuscrito. R.G.-B. se encargó de la recolección de datos y correcciones del manuscrito. R.B.-M. participó en el diseño del estudio e idea original de *Estarem*.

FINANCIACIÓN

Los/as autores/as declaran que no ha existido financiación para realizar este estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras forman parte del CODiNuCoVa, colectivo que se ve beneficiado de los resultados. Este proyecto no recibió ningún tipo de financiación directa o indirectamente por parte de dicha entidad.

REFERENCIAS

- (1) Russolillo G, Baladia E, Moñino M, Colomer M, García M, Basulto 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 Hum Diet. 2009; 13(2):

- 62-9.
- (2) Brito NB, Célix MS, Jiménez OM, García LC, Trencó PÁ. 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. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2020; 24(3): 278-88. doi: 10.14306/renhyd.24.3.1059.
 - (3) Ministerio de Educación y Cultura. Real Decreto 433/1998, de 20 de marzo, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Nutrición Humana y Dietética y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. Vol. BOE-A-1998-8914. 1998.
 - (4) Ministerio de Ciencia e Innovación. Orden CIN/730/2009, de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Dietista-Nutricionista. Vol. BOE-A-2009-5037. 2009.
 - (5) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Vol. BOE-A-2003-21340. 2003.
 - (6) Guy-Grand B. Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé. 1997.
 - (7) Asamblea Mundial de la Salud. 29ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 3-21 de mayo de 1976: parte I: resoluciones y decisiones: anexos. Organización Mundial de la Salud; 1976.
 - (8) Cárdenas D, Toulson Davisson Correia MI, Hardy G, Ochoa JB, Barrocas A, Hankard R, et al. Nutritional care is a human right: Translating principles to clinical practice. *Clin Nutr Edinb Scotl.* 2022; 41(7): 1613-8. doi: 10.1016/j.clnu.2022.03.021.
 - (9) Cardenas D, Correia MITD, Ochoa JB, Hardy G, Rodriguez-Ventimilla D, Bermúdez CE, et al. Clinical Nutrition and Human Rights. An International Position Paper. *Nutr Clin Pract.* 2021; 36(3): 534-44. doi: 10.1002/ncp.10667.
 - (10) Cardenas D, Bermúdez C, Echeverri S, Pérez A, Puentes M, López L, et al. The International Declaration on the Right to Nutritional Care and the fight against Malnutrition, "Declaration of Cartagena". *Rev Nutr Clin Metab.* 2019; 2(2): X.
 - (11) Navarro E, Herrero A, Moreno A, Brandes O, Murillo J, Ballesteros M. Comisión de asistencia de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y del Comité Gestor del área de Nutrición de la SEEN. Cartera de servicios en endocrinología y nutrición. España: Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición; 2016.
 - (12) Howatson A, Wall CR, Turner-Benny P. The contribution of dietitians to the primary health care workforce. *J Prim Health Care.* 2015; 7(4): 324-32. doi: 10.1071/hc15324.
 - (13) MacDonald Werstuck M, Buccino J. Dietetic Staffing and Workforce Capacity Planning in Primary Health Care. *Can J Diet Pract Res Publ Dietit Can Rev Can Prat Rech En Diet Une Publ Diet Can.* 2018; 79(4): 181-5. doi: 10.3148/cjdpr-2018-018.
 - (14) Hooker RS, Williams JH, Papneja J, Sen N, Hogan P. Dietetics Supply and Demand: 2010-2020. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112(3 Suppl.): S75-91. doi: 10.1016/j.jand.2011.12.024.
 - (15) Ley 5/2009, de 30 de junio, de creación del Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de la Comunitat Valenciana. Vol. BOE-A-2009-12211. 2009.
 - (16) García-Barajas R, Bueno-Martínez R, Cabañas-Alite L, Escortel-Sánchez R, Manzaneque-López MC, Serrano-Campos P. Estarem: Informe Técnico del estado actual de la profesión de dietista-nutricionista en la sanidad valenciana y previsión de necesidades. 2023. Disponible en: <https://www.codinucova.es/sites/default/files/Informe%20CODINUCOVA%20FINAL.pdf>.
 - (17) Comunitat Valenciana. Ley 9/2022, de 30 de diciembre, de Presupuestos de la Generalitat para el ejercicio 2023. Vol. BOE-A-2023-5483. 2023.
 - (18) Comunitat Valenciana. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana. Vol. BOE-A-2015-1239. 2015.
 - (19) Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE-A-1982-17235. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-17235>.
 - (20) Varela-Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investig En Educ Médica.* 2012; 1(2): 90-5.
 - (21) Ferrer MTC. Incorporación exitosa del dietista-nutricionista clínico. Hospital Universitario Son Espases. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2017; 21: 130-1.
 - (22) Committee of Ministers Resolution ResAP. (2003) On food and nutritional care in hospitals. 2003.
 - (23) Ravasco P, Martins P, Ruivo A, Camilo ME. Survey on the current practice of nutritional therapy in Portugal. *Clin Nutr.* 2004; 23(1): 113-9. doi: 10.1016/S0261-5614(03)00103-1.
 - (24) Soto A, Tofé S, León M, García-Luna PP. Estudio sobre la situación organizativa y asistencial de la nutrición clínica hospitalaria en España: de 1995 a 2001. *Endocrinol Nutr.* 2003; 50(1): 8-13. doi: 10.1016/S1575-0922(03)74489-1.
 - (25) Martín Folgueras T, Ballesteros Pomar MD, Burgos Peláez R, Calvo Hernández MV, Luengo Pérez LM, Irlés Rocamora JA, et al. Organization and management of clinical nutrition in Spain: how do we assess the quality of our activities? *Nutr Hosp.* 2017; 34(4): 989-96, doi: 10.20960/nh.911.
 - (26) Botella Romero F, Elola Somoza FJ, Navarro González E, Fernández Pérez C, Bernal Sobrino JL, Lesmes IB. Patient care in the Endocrinology and Nutrition Units of the National Health System. The RECALSEEN study. *Endocrinol Diabetes Nutr.* 2019; 66(7): 425-33. doi: 10.1016/j.endinu.2018.10.002.
 - (27) Luis D de, Ballesteros M, Cano I, Fernández M, Izaola O, Lama G de la, et al. Situación actual de la nutrición clínica en la red de hospitales públicos de Castilla y León. *Nutr Hosp.* 2006; 21(3): 357-61.
 - (28) García-Puche A, Cabañas-Alite L. Análisis de la presencia de dietistas-nutricionistas en hospitales de Andalucía. *Rev Esp Nutr Hum Diet.* 2017; 21(2): 130-6, doi: 10.14306/renhyd.21.2.310.