

Centro de Estudios Avanzados.  
Departamento de Nutrición.  
Facultad de Ciencias de la Salud.  
Universidad de Playa Ancha,  
Valparaíso, Chile.  
<sup>a</sup>Nutricionista. Magíster en  
Planificación en Alimentación y  
Nutrición. Magíster en Nutrición  
Humana y Calidad de los  
Alimentos.

Recibido el 13 de abril de 2015,  
aceptado el 14 de septiembre  
de 2015.

Correspondencia a:  
Mirta Crovetto M.  
Avenida Playa Ancha 890,  
Valparaíso, Chile.  
Teléfono: 32-2500228  
mirtacrovetto@gmail.com  
mcrovetto@upla.cl

## ¿Es suficiente el recurso humano nutricionista en el sistema hospitalario público en Chile?: Una deuda pendiente

MIRTA CROVETTO M.<sup>a</sup>

### Adequacy of nutritionist (dietician) resources in Chilean public hospitals

**Background:** Human resource deficit is an important management problem in Chilean public hospitals. **Aim:** To analyze the adequacy of Nutritionist (Dietician) resources in public hospitals. **Material and Methods:** A questionnaire about Nutritionist resources was sent to head Nutritionists of all public Chilean hospitals, asking about the number of Nutritionists per service, number of hospital beds and number of daily rations served. Results were analyzed based on the Technical Guideline about Nutritional and Feeding Services of public hospitals issued by the Chilean Ministry of Health in 2005. **Results:** According to the guideline, there should be 1,396 nutritionists working in public hospitals and the results of the survey showed that there were only 603 professionals with a 57% deficit. **Conclusions:** There is a huge gap between the amount of Nutritionists (Dieticians) required and those effectively working in public hospitals.

(Rev Med Chile 2015; 143: 1468-1477)

**Key words:** Dieticians; Health Resources; Nutrition; Public health administration.

En Chile, para mejorar la calidad de la atención en salud en el nivel secundario, una de las variables básicas a considerar es el recurso humano mínimo requerido para dar respuesta en forma oportuna y eficiente a las necesidades de los establecimientos de salud. El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) propone en los objetivos sanitarios de la década el mejorar la accesibilidad, la equidad, la calidad y la eficiencia en la atención de las distintas prestaciones en salud que se realizan a la población<sup>1</sup>.

A su vez, en los “Objetivos de Salud del Milenio”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que para lograr las metas en salud, es fundamental la política en recursos humanos que implementen los países en base a los énfasis en el “Llamado a la Acción de Toronto para una Década de Recursos Humanos en Salud. 2006-2015” y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

para lograr las “Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud”, que permitan la construcción de políticas e intervenciones en salud<sup>2-5</sup>.

En Chile, el perfil epidemiológico prevalente se caracteriza por un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y degenerativas como principales causas de muerte y discapacidad prematura en América Latina y el Caribe, con altos costos en salud<sup>6,7</sup>. Los estudios realizados por el MINSAL, para estimar la carga de enfermedad usando como indicador los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA), por muerte prematura (AVPM) y los años vividos con discapacidad (AVD), en los años 1997 y 2007, señalan que dos factores principales, muerte prematura y discapacidad, requieren la implementación de programas focalizados y oportunos frente a las necesidades de atención especializada en todos los niveles en salud<sup>8,9</sup>.

En el nivel secundario de salud, el nutricionista se relaciona disciplinariamente con las patologías de origen nutricional, por lo cual, la atención especializada en nutrición es fundamental para la recuperación del paciente. El MINSAL elaboró, en el año 2005, la norma técnica que regula la organización y el funcionamiento de los servicios de alimentación y nutrición de los establecimientos de salud y unidades centrales de producción de alimentos, con procesos científicamente planificados y técnicamente ejecutados<sup>10</sup>. Señala la dotación mínima de nutricionistas que cada recinto hospitalario debe disponer, según la complejidad de éste, que permita dar la atención especializada y de calidad (Tabla 1).

A su vez, la Resolución Exenta N° 209 del MINSAL, de abril de 2005, describe el indicador número de nutricionistas por camas según servicio clínico (Medicina, Cirugía, Traumatología y otros) requeridos para la realización de las actividades técnicas definidas en la “Norma Técnica para Servicios de Alimentación y Nutrición” con el paciente hospitalizado (visita con evaluación nutricional, formulación dieto-terapéutica, estudio dietético, control de ingesta, entre otras)<sup>11</sup> (Tabla 2).

En ese contexto, el objetivo de este estudio fue conocer la dotación del recurso nutricionista en los hospitales públicos del país respecto a las normativas ministeriales; “Norma Técnica del Servicio de Alimentación y Nutrición” (MINSAL 2005) y Resolución Exenta, abril de 2005 de Servicios Clínicos, para cuantificar la dotación, la cobertura y el déficit del recurso nutricionista en los establecimientos hospitalarios públicos.

## Material y Métodos

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal no experimental, se analizaron las variables cuantitativas, dotación de nutricionistas al año 2012 y requerimientos de nutricionistas en hospitales públicos respecto a las normativas vigentes.

El universo correspondió a la totalidad de los hospitales públicos de Chile, organizados administrativamente por regiones y servicios de salud. La muestra fue de 170 establecimientos hospitalarios públicos.

La recolección de datos fue realizada mediante la aplicación de un cuestionario enviado a cada

**Tabla 1. Clasificación de los servicios de alimentación y nutrición en servicios de máxima, mediana y baja complejidad según número de raciones\***

Clasificación	Número de raciones
Máxima complejidad	300 almuerzos y más
Media complejidad	150 a 299 almuerzos
Mínima complejidad	menos de 150 almuerzos

\*Norma Técnica Servicios de Alimentación y Nutrición. Ministerio de Salud, 2005.

Nutricionista Jefe del Servicio de Alimentación Colectiva, durante el año 2012, elaborado en base a los ítems de la “Norma Técnica para el Servicio de Alimentación y Nutrición” (MINSAL, marzo de 2005) e índice de nutricionistas por servicio clínico (Resolución Exenta N° 209, del MINSAL, abril de 2005). El instrumento contenía preguntas sobre tipo de hospital, número total de camas y por servicio, número de raciones promedio diarias y número de nutricionistas por servicio de especialidad.

Posteriormente, el análisis de los datos fue realizado clasificando los hospitales públicos en forma dicotómica: 1) Grupo 1: hospitales públicos regionales y base y 2) Grupo 2: resto de los hospitales públicos. En el cálculo del requerimiento de nutricionistas se aplicó el criterio de la “Norma Técnica para Servicio de Alimentación y Nutrición”, que califica los hospitales según nivel de complejidad y estima de acuerdo a ello, el número de nutricionistas por hospital (Tabla 1).

En los hospitales que no fue posible obtener el número de raciones, el cálculo se realizó en base al número de camas del hospital y del índice de nutricionistas por número de camas por servicio clínico (Tabla 2).

En el caso del Grupo 1, se utilizó la norma MINSAL 2005 y el índice de nutricionistas por servicio clínico, tal cual se indica en la tabla, sin embargo, en el caso del Grupo 2, se calculó el promedio de camas de los servicios para obtener un solo índice, el cual correspondió a 1 nutricionista por cada 31 camas, el que fue aplicado a este grupo.

Por lo tanto, el requerimiento total de nutricionistas consideró:

**Grupo 1:** Cantidad de nutricionistas, según nivel de complejidad norma MINSAL 2005 más cantidad de nutricionistas, según índice de nutricionistas por servicio clínico.

**Tabla 2. Índice nutricionista según servicio clínico\***

Servicio	n de nutricionistas
Medicina	1 nutricionista por 20 camas
Cirugía Adulto	1 nutricionista por 22 camas
Pediatría y Cirugía Infantil	1 nutricionista por 29 camas
Traumatología y Ortopedia	1 nutricionista por 36 camas
Ginecología y Obstetricia	1 nutricionista por 36 camas
Especialidades, pensionados y otros	1 nutricionista por 41 camas

\*Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Ministerio de Salud, Chile.

**Grupo 2:** Cantidad de nutricionistas, según nivel de complejidad norma MINSAL 2005 más cantidad de nutricionistas, según índice de nutricionista promedio (1 nutricionista por 31).

Finalmente, los datos recolectados de la dotación de nutricionistas 2012 de los hospitales públicos del estudio fueron comparados con el cálculo del requerimiento de nutricionistas, según los criterios mencionados anteriormente, para determinar el déficit existente.

En este estudio no se consideraron las raciones que se preparan en cada establecimiento para personal.

**Norma Técnica del Servicio de Alimentación y Nutrición (MINSAL 2005).** Regula la actividad, organización y el funcionamiento de los servicios de alimentación de los establecimientos de salud y unidades centrales de producción de alimentos. Define el "Servicio de Alimentación y Nutrición" como la organización que tiene como finalidad elaborar y/o distribuir alimentación científicamente planificada, de acuerdo a recomendaciones nutricionales nacionales e internacionales, a través de platos preparados u otras preparaciones culinarias, con estándares técnicos y sanitarios destinados a la alimentación de pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios, usuarios sanos o clientes en general.

Esta norma, además, aplica el "Reglamento Sanitario de los Alimentos" (DS: 977) vigente, el "Reglamento sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo" (DS: 594) y ordenanza general de urbanismo y construcción. Se indica que todas las disposiciones contenidas en esta norma deben ser aplicadas *ad*

*integrum* por los establecimientos nuevos de salud y a los existentes se les otorgará un plazo para normalizar sus instalaciones<sup>12-14</sup>.

La norma pone de relieve el rol de la alimentación y nutrición en el estado nutricional de los individuos sanos y el impacto que tiene en la recuperación de los pacientes hospitalizados, particularmente en pacientes críticos e inmuno-deprimidos, el que se refleja en el promedio de sus días de estada.

Asimismo, es clara al señalar que será responsabilidad del Servicio de Salud brindar una asistencia alimentaria nutricional a pacientes hospitalizados y usuarios que la dirección de establecimiento defina, respondiendo a las necesidades nutricionales a través de una alimentación técnicamente planificada y de óptimas condiciones sanitarias. Esta responsabilidad se encuentra estrictamente ligada al rol profesional del nutricionista y se materializa por medio de las funciones o tareas designadas por la ley de autoridad sanitaria (Ley 19.937 Art. 4°)<sup>15</sup>.

La norma define el número de nutricionistas según complejidad del establecimiento hospitalario (Tabla 1).

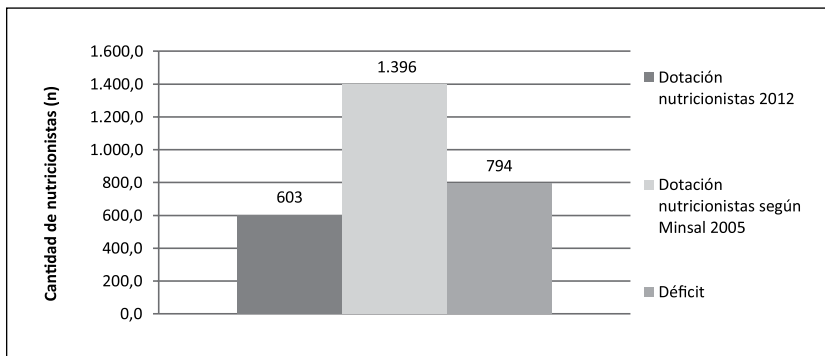
Los datos recolectados y calculados fueron tabulados en una plantilla del Programa Microsoft Excel 2010, expresando los datos en frecuencias absolutas y relativas, promedios, desviaciones estándar, mínimos y máximos.

## Resultados

### *Cobertura del recurso nutricionista por hospitales a nivel nacional*

La aplicación de las normativas indica que la dotación de nutricionistas a nivel nacional debería ser de 1.396 profesionales, en el año 2012. Se observó que se disponía de 603 nutricionistas (43%), señalando un déficit de 794 profesionales (57%) (Figura 1).

La cobertura por hospitales variaba de 11%, en un hospital de máxima complejidad (Hospital Dr Philippe Pinel de Putaendo), a 120% en un hospital de mínima complejidad (Hospital de Molina). Sólo en cinco hospitales de mínima complejidad (Molina, Teno, Lota, Traiguén y Calbuco) correspondiente a 2,9% del estudio, se observaba la norma. Apenas 2,3% estaba sobre los requerimientos y sólo 45,8% tenía una cobertura entre 50% y menos de 60% (Tabla 3).



**Figura 1.** Dotación nutricionistas nivel nacional y déficit respecto a normativas Ministerio de Salud (\*) Cantidad (número). Chile, 2012. \*Ministerio de Salud. Norma Técnica Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile. 2005 y Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Santiago, Chile, 2005.

**Tabla 3. Dotación nutricionistas 2012 por hospitales y regiones. Cobertura y déficit respecto a normas Ministerio de Salud\*. Número y porcentaje (%)**

Ciudad	Hospital	Complejidad	Dotación	Dotación	Cobertura	Déficit	
			n	n		%	%
Arica	Regional de Arica	Máxima	9	19	47,4	10	52,6
	Total		9	19	47,4	10	52,6
Iquique	Regional de Iquique	Máxima	8	24	33,3	16	66,7
	Total		8	24	33,3	16	66,7
Antofagasta	Regional de Antofagasta	Máxima	12	27	42,6	16	57,4
Calama	Hospital de Calama	Mínima	3	4	75,0	1	25,0
Taltal	Hospital de Taltal	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Tocopilla	Hospital de Tocopilla	Mínima	2	5	40,0	3	60,0
	Total		18	38	46,1	21	53,9
Copiapó	Regional de Copiapó	Máxima	7	19	36,8	12	63,2
Vallenar	Hospital de Vallenar	Mediana	4	10	40,0	6	60,0
Chañaral	Hospital de Chañaral	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Diego de Almagro	Hospital de Diego de Almagro	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Huasco	Hospital de Huasco	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
	Total		14	35	40,0	21	60,0
La Serena	Hospital Regional de La Serena	Máxima	6	18	33,3	12	66,7
Andacollo	Hospital de Andacollo	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Combarbalá	Hospital de Combarbalá	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Coquimbo	Hospital de Coquimbo	Máxima	8	18	44,4	10	55,6
Illapel	Hospital de Illapel	Mínima	1	3	33,3	2	66,7
Los Vilos	Hospital de Los Vilos	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Ovalle	Hospital de Ovalle	Mediana	6	11	54,5	5	45,5
Vicuña	Hospital de Vicuña	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
	Total		25	58	43,1	33	56,9

Ciudad	Hospital	Comple- jidad	Dotación	Dotación	Cober- tura	Déficit	
			nutricionistas 2012	nutricionis- tas <sup>1,2</sup>		n	%
Valparaíso	Hospital Van Buren	Máxima	11	28	39,3	17	60,7
Casablanca	Hospital de Casablanca	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
San Antonio	Hospital de San Antonio	Mínima	3	4	75,0	1	25,0
Valparaíso	Hospital Eduardo Pereira	Mediana	2	13	15,5	11	84,5
Valparaíso	Hospital del Salvador	Mínima	1	3	30,7	2	69,3
Cabildo	Hospital de Cabildo	Mínima	1	2	57,4	1	42,6
La Calera	Hospital de La Calera	Mínima	1	3	28,7	2	71,3
La Ligua	Hospital de La Ligua	Mínima	1	3	32,0	2	68,0
Limache	Hospital Geriátrico de Limache	Mínima	1	6	18,1	5	81,9
Limache	Hospital de Limache	Mínima	1	3	36,5	2	63,5
Petorca	Hospital de Petorca	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Quillota	Hospital de Quillota	Mediana	3	14	22,2	11	77,8
Quilpué	Hospital de Quilpué	Mediana	3	10	29,5	7	70,5
Quintero	Hospital de Quintero	Mínima	1	2	50,8	1	49,2
Villa Alemana	Hospital de Peñablanca	Mínima	1	4	27,7	3	72,3
Viña del Mar	Hospital Gustavo Fricke	Máxima	6	24	25,0	18	75,0
Llay - Llay	Hospital de Llay - Llay	Mínima	1	2	50,8	1	49,2
Los Andes	Hospital de Los Andes	Mediana	5	10	50,0	5	50,0
Putendo	Hospital de Putaendo	Máxima	2	18	11,1	16	88,9
Putaendo	Hospital Psiquiátrico de Putaendo	Mínima	1	2	60,8	1	39,2
San Felipe	Hospital de San Felipe	Mediana	5	13	37,5	8	62,5
	Total		52	167	31,1	115	68,9
Rancagua	Hospital Regional de Rancagua	Máxima	8	28	28,6	20	71,4
Chimbarongo	Hospital de Chimbarongo	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Coinco	Hospital de Coinco	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Graneros	Hospital de Graneros	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Litueche	Hospital de Litueche	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Lolol	Hospital de Lolol	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Marchigüe	Hospital de Marchigüe	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Nancagua	Hospital de Nancagua	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Peumo	Hospital de Peumo	Mínima	1	3	33,3	2	66,7
Pichidegua	Hospital de Pichidegua	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Pichilemu	Hospital de Pichilemu	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Rengo	Hospital de Rengo	Mínima	2	4	50,0	2	50,0
San Fernando	Hospital de San Fernando	Mediana	4	11	36,4	7	63,6
San Vicente	Hospital de San Vicente	Mínima	2	3	66,7	1	33,3
Santa Cruz	Hospital de Santa Cruz	Mínima	2	4	50,0	2	50,0
	Total		28	71	39,4	43	60,6

## Recurso humano nutricionista en hospitales públicos de Chile - M. Crovetto

Linares	Hospital Base de Linares	Máxima	9	21	42,9	12	57,1
Talca	Hospital Regional de Talca	Máxima	15	24	62,5	9	37,5
Cauquenes	Hospital de Cauquenes	Mínima	2	5	40,0	3	60,0
Chanco	Hospital de Chanco	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Constitución	Hospital de Constitución	Mínima	3	3	100,0	0	0,0
Curepto	Hospital de Curepto	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Curicó	Hospital de Curicó	Mediana	10	13	76,9	3	23,1
Hualañe	Hospital de Hualañe	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Licantén	Hospital de Licantén	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Molina	Hospital de Molina	Mínima	4	3	133,3	-1	-33,3
San Juan de la Costa	Hospital San Juan de la Costa	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
San Pablo	Hospital de Quilacahuín	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Puerto Montt	Hospital Regional de Puerto Montt	Máxima	12	25	48,0	13	52,0
Calbuco	Hospital de Calbuco	Mínima	2	2	100,0	0	0,0
Castro	Hospital de Castro	Mínima	6	5	120,0	-1	-20,0
Fresia	Hospital de Fresia	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Frutillar	Hospital de Frutillar	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Llanquihue	Hospital de Llanquihue	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Maullín	Hospital de Maullín	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Palena	Hospital de Palena	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Puerto Montt	ELEAM	Mínima	1	3	33,3	2	66,7
	Total		38	76	50,0	38	50,0
Coihaique	Hospital Regional de Coihaique	Mediana	5	12	41,7	7	58,3
Chile Chico	Hospital de Chile Chico	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
	Total		6	14	42,9	8	57,1
Punta Arenas	Hospital Regional de Punta Arenas	Máxima	9	22	40,9	13	59,1
Porvenir	Hospital de Porvenir	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
Puerto Natales	Hospital de Puerto Natales	Mínima	1	2	50,0	1	50,0
	Total		11	26	42,3	15	57,7

\*Ministerio de Salud. Norma Técnica 2005. Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile, MINSAL 2015. \*Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Santiago, Chile, MINSAL 2015.

### Cobertura del recurso nutricionista por regiones

En regiones la cobertura del recurso nutricionista variaba de 27,3% en la Región de Valparaíso a 62,3% en la Región del Maule, siendo esta última la única en esa condición. Cabe destacar que sólo 3 regiones presentaban una cobertura entre 50% y 55%, equivalente al 5%. El déficit promedio de cobertura por total regiones es de 57% (Tabla 4).

### Cobertura del recurso nutricionista según complejidad de los hospitales

Máxima, mediana y mínima complejidad. El análisis según nivel de complejidad señala que la cobertura variaba entre 43%, en los de mínima complejidad, que en su mayoría correspondía a una dotación única de 1 profesional, a 57%, en los de mediana complejidad. Destaca el déficit

**Tabla 4. Dotación de nutricionistas según regiones 2012. Cobertura y déficit respecto a normas de Ministerio de Salud (\*) Cantidad (Número) y porcentaje (%). Chile, 2012**

Región	Dotación nutricionistas 2012	Dotación nutricionistas según norma MINSAL 2005	Cobertura %	Déficit n	Déficit %
Arica	9,0	19,2	47,0	10,2	53,0
Tarapacá	10,0	24,0	41,7	14,0	58,3
Antofagasta	17,5	39,4	44,4	21,9	55,6
Atacama	14,0	34,6	40,4	20,6	59,6
Coquimbo	26,0	59,1	44,0	33,1	56,0
Valparaíso	51,0	186,5	27,3	135,5	72,7
O`Higgins	28,0	67,0	41,8	39,0	58,2
Maule	54,0	86,6	62,3	32,6	37,7
Biobío	98,0	194,3	50,4	96,3	49,6
Araucanía	46,0	99,0	46,5	53,0	53,5
Los Ríos	17,0	41,6	40,8	24,6	59,2
Los Lagos	44,0	87,8	50,1	44	49,9
Aysén	10,0	18,3	54,7	8,3	45,3
Magallanes	11,0	26,2	41,9	15,2	58,1
Metropolitana	167,0	412,7	40,5	245,7	59,5
Total	602,5	1.396,3	43,0	794,0	57,0

\*Ministerio de Salud. Norma Técnica 2005. Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile, MINSAL 2015. \*Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Santiago, Chile, MINSAL 2015.

de 46% en los hospitales de máxima complejidad (969 profesionales) (Figuras 2, 3, 4).

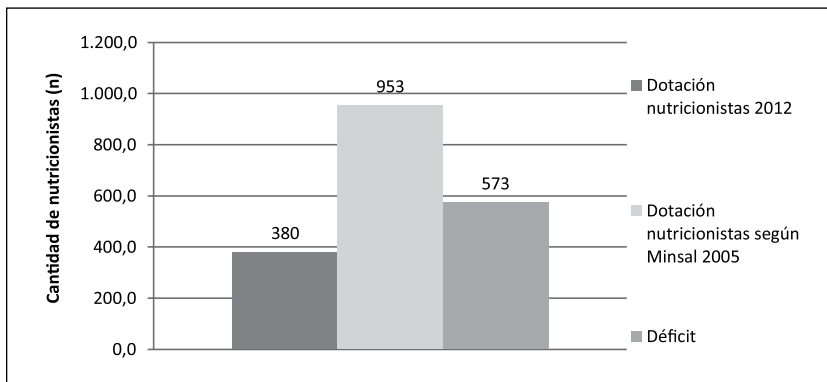
## Discusión

El recurso nutricionista en los hospitales públicos estudiados presenta un déficit significativo respecto a las normativas vigentes, que señalan que debería ser de 1.396 profesionales, logrando una cobertura sólo de 43%, con 602 nutricionistas y un déficit de 60%, de 794 profesionales. Esta situación no permite responder al objetivo principal del profesional disciplinario "Optimizar la alimentación y nutrición que se otorga en establecimientos asistenciales u otras instituciones públicas o privadas, a fin de contribuir eficientemente en la mantención o recuperación de la salud de los individuos"<sup>10</sup>.

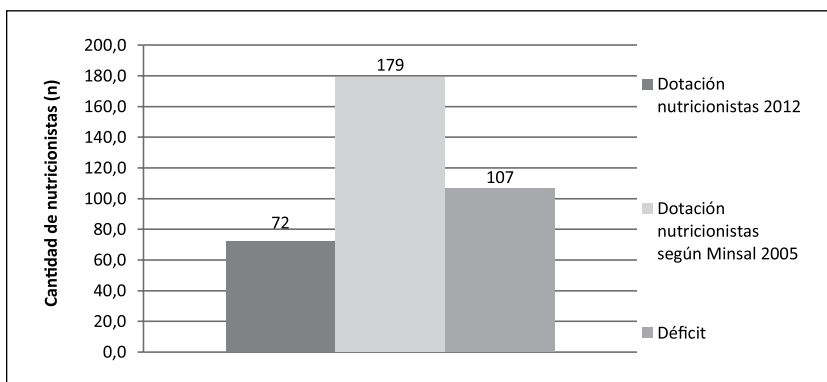
Teniendo presente que la nutrición clínica

aborda el estado nutricional de las personas como el resultado de la interrelación de múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, desde la prevención de los problemas nutricionales más frecuentes, al tratamiento de la enfermedad y sus complicaciones, para lo cual es imprescindible la utilización de herramientas diagnósticas, como la valoración nutricional, encuestas dietéticas, antropometría, indicadores bioquímicos e intervenciones terapéuticas específicas para entregar una alimentación oral y el desarrollo de la asistencia nutricional intensiva (CEFE) a los usuarios hospitalizados, mejorando su calidad de vida. La desnutrición hospitalaria en Latinoamérica se presenta como un grave problema y pocos países cuentan con políticas que normalicen estas prácticas<sup>16-19</sup>.

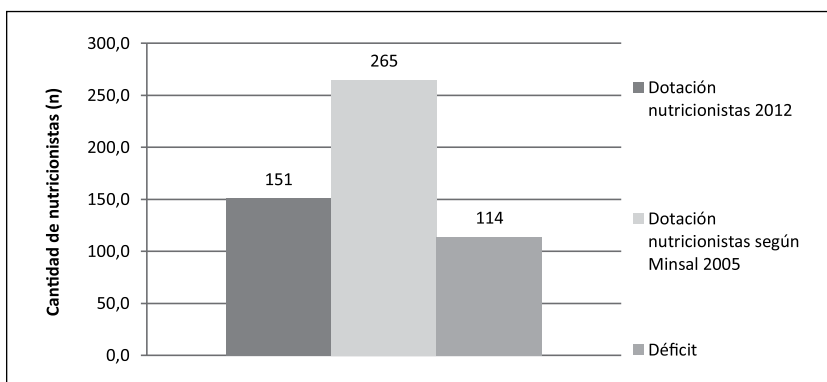
Según la declaración de Cancún, emitida por los presidentes de las sociedades y asociaciones de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional de América Latina y el Caribe, en el marco del XI



**Figura 2.** Dotación nutricionista hospitales máxima complejidad comparada con normativa Ministerio de Salud (\*) y déficit. Cantidad (número), Chile, 2012. \*Ministerio de Salud. Norma Técnica Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile. 2005 y Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Santiago, Chile, 2005.



**Figura 3.** Dotación nutricionista hospitales mediana complejidad a nivel nacional comparada con normativas Ministerio de Salud\* y déficit. Cantidad (número), Chile, 2012. \*Ministerio de Salud. Norma Técnica Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile, 2005 y Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Santiago, Chile, MINSAL 2015.



**Figura 4.** Dotación nutricionista hospitales baja complejidad a nivel nacional comparada con normativas Ministerio de Salud\* y déficit. Cantidad (número), Chile, 2012. \*Ministerio de Salud. Norma Técnica Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile, 2005 y Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005, Santiago, Chile, MINSAL 2015.

Congreso de FELANPE/XV Congreso de la Asociación Mexicana de Nutrición Clínica y Terapia Nutricional (AMAEE), en la ciudad de Cancún, Quintana Roo, México, el día 20 de mayo de 2008 y el documento de consenso de funciones y competencias del nutricionista clínico, en el marco del XIII Congreso de FELANPE 2012, realizado

en Panamá, señalan que los enfermos tienen: i) el derecho humano a recibir una terapia nutricional oportuna y óptima en calidad y cantidad, en cualquier lugar donde se encuentren; ii) Respecto a la evaluación y tratamientos nutricionales en los hospitales, se acuerda que la atención nutricional es una necesidad impostergable para todo paciente;



iii) El soporte nutricional es obligatorio para todo paciente malnutrido o en riesgo. Además hay que considerar los costos económicos (costo/beneficio) que implica que un paciente de alta complejidad, por las patologías que presente, no reciba la atención especializada, aumentando los días de estadía y la ausencia de atención en las unidades de servicios intensivos (UCI), medicina, pacientes con complicaciones renales y metabólicas<sup>20,21</sup>.

La situación de déficit del nutricionistas se presenta en todo el país, en menor o mayor intensidad. Esta situación se arrastra desde la segunda mitad de la década 1970-79, cuando las nuevas orientaciones de las políticas de salud que se implementaron, plantearon que los nutricionistas clínicos de los hospitales públicos fueran llevados a la atención primaria, dejando una mínima dotación de nutricionistas en éstos, desarticulando el trabajo técnico que se realizaba en nutrición clínica, sin que se haya logrado recuperar los cargos clínicos y revertir la situación generada, hasta la actualidad.

## Recomendaciones

Desde esta perspectiva, es importante que desde el Estado y el MINSAL se realicen acciones de política tendientes a reponer el recurso nutricionista en todas las áreas del ejercicio profesional clínico hospitalario. La evidencia de estudios internacionales señalan la importancia de la dietoterapia y el control nutricional de los pacientes hospitalizados, por una parte los altos índices de desnutrición a nivel clínico, y por los requerimientos de la dietoterapia cada vez más especializada por la complejidad de las enfermedades, lo que traducirá en el análisis del costo/beneficio asociado a la recuperación de los pacientes con menos días de estadía, menores complicaciones y mejor respuesta a los tratamientos<sup>7,8,16,17</sup>. Los antecedentes expuestos ponen de manifiesto la precariedad del recurso nutricionista y denota, a la vez, una ausencia o atomización de la política en recursos humanos, desde los niveles centrales y regionales, para el abordaje de los problemas de salud y necesidades de recursos profesionales.

Como señala la OMS, los recursos humanos conforman la base social y técnica de los sistemas de salud, lo que implica una responsabilidad social de gran importancia para el desarrollo humano,

lo que contribuye a lograr un equilibrio entre los derechos y responsabilidades sociales de los trabajadores de la salud y los ciudadanos que merecen la atención y el derecho a la salud<sup>22-24</sup>.

Este estudio tiene una connotación social, ya que aporta antecedentes para orientar políticas de recursos humanos de nutricionistas en el nivel secundario de salud en Chile y puede contribuir a lograr los propósitos de la OPS “de promover acciones y coordinar los esfuerzos de los países de la región para mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas<sup>5</sup>.”

*Agradecimientos:* A los nutricionistas jefes del Servicio de Alimentación y Nutrición de los hospitales públicos que respondieron a la solicitud de completar el cuestionario. Al Colegio Nacional de Nutricionistas Universitarios de Chile por facilitar antecedentes de la Región Metropolitana. A Sofía Coñuecar, nutricionista que ordenó la base de datos y Lina Besaccia, Bibliotecóloga del Centro de Estudios Avanzados (CEA), UPLA.

## Referencias

1. Ministerio de Salud, (MINSAL). Plan nacional de salud, objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Estrategia nacional de salud 2011-2020; [Consultado el 3 de marzo de 2014].
2. Organización Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York: ODM; 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Ministerio de Salud de Ontario, Canadá. Llamado a la acción de Toronto, Hacia una década de recursos humanos para la salud en las Américas. Toronto, Canadá: OPS; 2005.
4. Organización Panamericana de Salud-Organización Mundial de la Salud, (OPS/OMS). Manual de medición y monitoreo indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud. Un compromiso compartido OPS/OMS. Washington, DC USA, OPS/OMS; 2011.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Agenda de Salud para las Américas 2008-2017, Agenda presentada por los ministros de salud de las Américas; 2007 [Consultado el 3 de junio de 2013]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1976&Itemid=1724](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1976&Itemid=1724).
6. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud: Informe preliminar. Santiago, Chile: MINSAL; 2009-2010.
7. Uauy R, Vio F. Health and nutrition transition in de-

- veloping countries: the case of Chile. En: *The Nation's Nutrition*. Washington, DC. USA: International Life Sciences; 2007. p. 117-28.
8. Ministerio de Salud, (MINSAL). Estudio de Prioridades de Inversión en Salud. Estudio Carga de Enfermedad. Informe Final. Santiago, Chile: MINSAL; 1996.
  9. Ministerio de Salud. Informe final: Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Santiago, Chile: MINSAL; 2008.
  10. Ministerio de Salud, (MINSAL). Norma Técnica de Servicios de Alimentación y Nutrición. Santiago, Chile: MINSAL; 2005.
  11. Ministerio de Salud, (MINSAL). Resolución Exenta N° 209, de abril de 2005. Santiago, Chile, MINSAL; 2005.
  12. Reglamento Sanitario de los Alimentos. Decreto Supremo 977/96. Modificado, Decreto 115/2003. Santiago, Chile: Diario Oficial 2003.
  13. Condiciones Sanitarias y Ambientes Básicos de los Lugares de Trabajo. Decreto 594/2000. Santiago, Chile: Diario Oficial 2000.
  14. Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Ordenanza General de la Ley General de Urbanismo y Construcciones. Reglamento de Ley 19.537. Decreto supremo 46 de 1998. Modificado Decreto supremo 67/2014. Santiago de Chile. Diario Oficial 2004.
  15. Ministerio de Salud. Ley de Autoridad Sanitaria. Ley N° 19.937. Santiago de Chile, Diario Oficial 24.02.04.
  16. Correia M, Campos A. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: the Multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003; 19: 823-5.
  17. Labraña A, Durán E, Asenjo G, Hansel G. Plan de estudios basado en competencias para la carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad de Concepción. *Rev Chil Nutr* 2010; 37 (3): 302-7.
  18. Santana Porbén S. For the Cuban Group for the Study of Hospital Malnutrition. The state of provision of nutritional care to hospitalized patients. Results from the ELAN-CUBA Study. *Clinical Nutrition* 2006; 25: 1015-29.
  19. Waitzberg DL, Ravacci GR, Raslan M. Desnutrición hospitalaria. *Nutr Hosp* 2011; 26 (2): 254-64.
  20. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo, (FELANPE). Declaración internacional de sobre el derecho a la nutrición en los hospitales; 2008 [Consultado el 31 de julio de 2014]. Disponible en: [http://www.felanpeweb.org/dec\\_cancun\\_2008.pdf](http://www.felanpeweb.org/dec_cancun_2008.pdf)
  21. Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición Clínica y Metabolismo, (FELANPE). Documento de consenso funciones y competencias del nutricionista clínico; 2013.
  22. Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro. OMS; 2003.
  23. Organización Mundial de la Salud, (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud. OMS; 2006.
  24. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Colaboremos por la salud. OMS; 2013.