

## **LA RESTAURACIÓN HOSPITALARIA EN ANDALUCÍA: SITUACIÓN ACTUAL.**

**DR ÁNGEL CARACUEL GARCÍA**

De la Real de Ciencias Veterinarias de Andalucía Oriental  
Veterinario Bromatólogo del Hospital Regional Universitario Carlos Haya.

**I CICLO DE CONFERENCIAS SOBRE RESTAURACIÓN COLECTIVA.**  
Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga, 2002.

En la última década del siglo XX ha emergido con fuerza la demanda de comida que se elabora para un número determinado de comensales superior a los que comprenden un grupo familiar, con un carácter comercial o institucional.

El gasto que los consumidores dedican a la amplia variedad de actividades de restauración se ha incrementando notablemente hasta alcanzar cifras cercanas al 25% del total del gasto en alimentación. De acuerdo con la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares (ECPF) del año 2.001, el capítulo de hostelería y restauración supone ya el 20% de los presupuestos totales de las familias españolas.

Según los paneles de consumo del Ministerio de Agricultura, el gasto que realizan los establecimientos de hostelería, restauración y **consumo institucional** en la compra de alimentos, ascendió a 2,5 billones de pesetas en el año 2.000, un 6,4% más que el año anterior. A estas cifras, que se refieren al gasto realizado por la empresa de restauración, habría que sumarles el valor añadido que pagamos posteriormente los consumidores. Algunas estimaciones al respecto elevan este **gasto total** hasta cerca de **4 billones de pesetas anuales**.

La principal característica de las actividades de restauración es la **gran heterogeneidad** que manifiestan en cuanto a la producción de bienes y servicios y, en consecuencia, el "hecho de comer fuera de casa" lleva aparejados una serie de fenómenos económicos, sociales y culturales que han desembocado en una multiplicidad de fórmulas de restauración.

La **restauración convencional** (Cuadro 1) corresponde a aquellos establecimientos que están abiertos a cualquier persona y cuya asistencia depende de su libre elección, como **neorestauración** se conoce el fenómeno que combina las nuevas tecnologías, los productos innovadores y las

modernas técnicas de gestión empresarial con la prestación del servicio de comida y bebida conforme a las necesidades demandadas actualmente por los individuos; la **restauración complementaria** indica que se está ofreciendo el servicio de comida y bebida de forma secundaria como apoyo a otra actividad principal.

### Restauración social.

La **restauración social**, institucional o colectiva se vincula con los establecimientos que poseen una clientela cautiva, es decir, con individuos que tienen pocas alternativas para elegir puesto que su situación les obliga a comer en ese lugar, y en ocasiones también carecen de recursos para considerar otras posibles opciones.

<b>CUADRO 1. RESTAURACIÓN</b>		
<b>RESTAURACIÓN COMERCIAL</b>	<b>RESTAURACIÓN CONVENCIONAL</b>	Restaurantes
		Mesones
		Cafeterías
		Tascas
		Cantinas
		Bares
		Casas de Comidas
		Tabernas
		Chiringuitos (Restaurantes de Temporada)
		Comedores de Hoteles
	<b>RESTAURACIÓN COMPLEMENTARIA</b>	Salones de Banquetes
		Discotecas
		Servicio Aéreo, Marítimo o Ferroviario
		Restaurantes de Carretera
		Centros de Ocio y Ferias
		Centros Comerciales
		Aeropuertos y Estaciones de Autobuses
		Restaurantes Temáticos
	<b>NEORESTAURACIÓN</b>	Autoservicios (Self-Service)
		Buffets
		Hamburgueserías
		Pizzerías
		Croasanterías
		Bocadillerías
Drug-Stores		
Cervecería		
Automática (Vending)		

**Continuación Cuadro 1**

<b>RESTAURACIÓN SOCIAL (INSTITUCIONAL)</b>	Comedores de Empresas
	Ejército
	Hospitales
	Prisiones
	Colegios
	Comunidades Religiosas
	Palacios de Congresos
	Acontecimientos Deportivos
<b>Martín Cerdeño y elaboración propia</b>	

Corresponde a los servicios alimentarios que se ofrecen a grupos o colectividades que se hayan en un lugar determinado a la hora de comer y que no pueden desplazarse del lugar donde realizan su actividad o donde se encuentran internados. Estos servicios se ofrecen en lugares como escuelas, comedores universitarios, centros de acción social, comedores de empresa, ejército, residencias de la tercera edad, hospitales-clínicas, comunidades religiosas, prisiones...

La importancia de este colectivo tan heterogéneo radica en un **gasto total de 880 millones de euros** (146.424 millones de pesetas) en 1.996 y, sobretudo, en que se ha convertido en la alternativa para cubrir la necesidad básica de alimentación de un importante colectivo de individuos.

Se estima que en España existen en torno a **800 empresas** que prestan servicios de alimentación y bebida en colectividades aunque el número de comidas anuales servidas por cada una de ellas manifiesta un elevado margen de variación, estando el total rondando los 1.000 millones (**86,3 millones en empresas, 227 millones en enseñanza, 434 millones en sanidad y 173 millones en otras instituciones**).

En el sector de la restauración en sanidad, comienza a considerarse el fenómeno del **branding** que se presenta como una opción de restauración que pretende ofrecer productos y servicios de marcas reconocidas a la clientela cautiva de organizaciones formales. Esto es, supone la implantación de un servicio de restauración de prestigio contrastado en las instalaciones de una institución sanitaria pública.

Por lo que respecta a los datos de consumo institucional que ofrece el Ministerio de Agricultura correspondiente a centros de enseñanza, sanidad, fuerzas armadas, centros penitenciarios, residencias de ancianos, comedores de empresa, transporte, marina mercante y pesca, campamentos juveniles y otros centros de acogida (72.000 datos al trimestre) en el año 2.000 indican

que la estructura del gasto dedicado a la compra de alimentos y bebidas en la restauración institucional tiene distinta proporción que en la restauración comercial. Sin embargo, se asemeja bastante a **Hogares** por la importancia de los comestibles, incluso un poco mayor que en aquellos, y se caracteriza por la **pequeña participación que destinan a bebidas con y sin alcohol**, en contraposición al sector de Hostelería y Restauración en el que predomina el gasto en dichos productos. Se podría caracterizar la alimentación en Instituciones por su **austeridad y comodidad en su elaboración**.

Existen diferencias que caracterizan las compras de este sector en comestibles, mereciendo la pena destacar las siguientes en el año 2.000:

- **Una mayor proporción del gasto en carnes**, que supone casi la tercera parte del gasto en las Instituciones, basado en un importante **consumo de pollo**, con un 36% del total carnes, cuando sólo es del 26% y 18% respectivamente en Hogares y Hostelería-Restauración.
- Las compras de **pescado congelado** son superiores a las de fresco, inversamente a lo que sucede en los otros sectores. En Instituciones el 63% del pescado comprado es congelado, mientras en Hogares y en Hostelería-Restauración es del 20%.
- Dentro de los derivados lácteos destaca la **importancia de las compras de yogur**.
- En este año aparece el **aceite de oliva** con una proporción de consumo mayor que el año pasado. Tienen el mismo consumo el de oliva y el de girasol representando el 46% cada uno del total de aceites gastados en Instituciones.
- En **frutas y hortalizas frescas** el consumo es discreto, siendo su importancia relativa dentro del gasto total, similar al de Hogares y por tanto más alto que el que se encuentra en la Restauración Comercial. Este año se ha incrementado el consumo de verduras/hortalizas frescas un 6% y el de frutas frescas un 17,5%.
- Son **relevantes las compras de arroz, legumbres secas, pastas alimenticias, patatas** (especialmente las congeladas) y **frutas y hortalizas transformadas**.
- El consumo de bebidas alcohólicas tiene poca importancia, siendo el consumo mayor para el vino de mesa. En el capítulo de bebidas analcohólicas, tanto el **consumo de agua mineral** con la cifra más alta (54 millones de litros), como el **de zumos** (19 millones de litros), presentan una proporción relativa con respecto al total del grupo, mayor que el que se da en el sector de Hogares y el de la Hostelería Comercial. El consumo de gaseosas y bebidas refrescantes con 15 millones de litros no alcanza la importancia relativa que tiene en los otros dos sectores.

## Restauración hospitalaria.

Es un tipo de restauración institucional en el que, normalmente, además de no poder elegir lo que quieren consumir, se caracteriza porque los consumidores están enfermos y por consiguiente tienen las defensas bajas, **apetito delicado o caprichoso**, y en algunos casos tienen restringido el aporte de algún nutriente o dificultad en la deglución.

La restauración hospitalaria afecta directamente a la salud de los pacientes ya que una inadecuada alimentación atenta contra su salud y una correcta alimentación acorta el período de recuperación. Además es el **segundo factor en importancia a la hora de valorar la calidad asistencial** por parte de los enfermos y sus acompañantes (después de la atención-amabilidad del personal sanitario) y, por último, el presupuesto del servicio de alimentación oscila entre el 6 y el 10% del presupuesto del capítulo 2 del centro.

La distribución de centros hospitalarios y de camas del Servicio Andaluz de Salud y Privados, en Andalucía y en Málaga se encuentran en el Cuadro 2:

<b>CUADRO 2. NÚMERO DE HOSPITALES Y CAMAS: AÑO 2.000</b>				
TIPO	Nº DE HOSPITALES		Nº DE CAMAS	
	ANDALUCÍA	MÁLAGA	ANDALUCÍA	MÁLAGA
PÚBLICOS	38	6	17.821	2.699
PRIVADOS	55	10	5.630	1.996
TOTAL	93	16	23.451	4.695
Complejo Hospitalario Carlos Haya: 1.216 camas				
Catálogo de Hospitales Andalucía: 2.001 (Datos a 31/12/2.000)				

En 1998 se produjeron 5.671.576 estancias hospitalarias en Andalucía (1.131.730 en Málaga) con una estancia media de 7,5 días en los hospitales públicos y 14,7 días en los hospitales privados.

### **Logística**

La forma en que se realiza la gestión de los servicios de alimentación en los diferentes hospitales de Andalucía es **muy heterogénea** como demuestra el informe de fiscalización de los Servicios Generales de los Centros Hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud en el ejercicio 1.999, con relación a los modelos de gestión utilizados por los hospitales estudiados (Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Complejo Hospitalario Carlos Haya de Málaga, Hospital Universitario de Valme en Sevilla y Hospital General de Jerez de la Frontera en Cádiz), ya que se observa que en

tres de ellos se encuentra contratado el **suministro de alimentos con una empresa externa**, mientras que en el otro (Jerez) existe una **contratación por lotes de alimentos** con diferentes proveedores.

Pero dentro de cada grupo existen peculiaridades propias de cada uno de los centros. Así en **Carlos Haya** y en **Reina Sofía**, la elaboración de las dietas corre a cargo del hospital, utilizando para ello el personal y las cocinas del mismo. El traslado de la comida desde las cocinas a los diferentes centros del Complejo Hospitalario es realizado por el contratista, de forma que éste lo que pone a disposición del hospital son los víveres utilizados para la elaboración de la comida hospitalaria y el transporte entre centros, así como la gestión de los almacenes y las cámaras frigoríficas.

En el **Hospital de Valme**, existen dos modelos, ya que este hospital posee un centro fuera de su entorno. Por un lado el servicio está contratado con un proveedor que elabora la dieta en la cocina del hospital y suministra la dieta ya elaborada y envasada en bandejas individuales que son trasladadas a las plantas por personal del contratista y en el otro centro, el servicio se presta por el mismo proveedor, pero las dietas son elaboradas por el personal de cocina dependiente del hospital a partir de los víveres suministrados.

El **Hospital de Jerez** posee cocina propia y elabora las dietas con personal del propio hospital, pero el suministro de víveres está contratado con varios proveedores.

Todo lo dicho anteriormente se podría sintetizar partiendo del diagrama de flujo básico de la actividad y teniendo en cuenta que en cada hospital, son diferentes las fases de este diagrama que se han externalizado.

### **Cliente/Enfermo/Consumidor**

La mayoría de los cambios alimentarios se analizan vinculándolos a los cambios de una sociedad en proceso de modernización y de industrialización que llevan asociados cambios de tipo económico, social, cultural, demográfico, etc. y estos se concretan en los siguientes:

- **La preocupación por la salud y por la delgadez**, que forma parte de la mayoría de las culturas y cuya actualidad procede de dos elementos que si son nuevos: la reciente y extendida aparición de sucesos asociados al riesgo alimentario y la mala asociación que se hace entre salud y delgadez.
- **La preocupación por el deterioro medioambiental** debida por un lado a la creciente sensibilidad ecológica, y por otro lado a los factores de riesgo para la salud, mencionados anteriormente.

- La *preocupación por la calidad*, siendo una de las variables más relevantes para el consumidor a la hora de adquirir productos alimentarios, los criterios de calidad y la relación calidad/precio.
- *Mayor tiempo libre* que ha hecho cambiar los horarios de compra y en las secuencias de las comidas.
- *Incorporación de la mujer al trabajo externo remunerado*, que explica el cambio alimentario asociado a la búsqueda de comodidad relacionado con el aumento de consumo de productos que llevan incorporado algún servicio que facilite su consumo.
- La *mejora en la distribución alimentaria*, que ha ampliado la gama de productos disponibles y con ello la posibilidad de variar las dietas domésticas.

La variedad de alimentos puestos a disposición del consumidor, ha experimentado un aumento espectacular debido a los cambios que han afectado a la dinámica de la sociedad occidental (modos de vida, costumbres sociales, estructuras familiares, etc.) y que se han traducido en una alteración en los hábitos de alimentación.

El mercado actual demanda unos alimentos que, manteniendo las características organolépticas y nutritivas de los productos convencionales, incorporen algún tipo de tecnología que facilite las manipulaciones relacionadas con su consumo.

De una encuesta elaborada por AECOC con la colaboración de la Unión de Consumidores de España (UCE), se desprende que el **consumidor es cada vez más exigente con la calidad y seguridad de los alimentos que incluye en su cesta de la compra**. Así el 40% de los consumidores consultados considera prioritario que los nuevos productos sean **más saludables**, un 34% tiene también en consideración que sus **ingredientes aporten beneficios para su salud** y para un 39% es muy importante que los productos que adquiere sean **duraderos**. La falta de tiempo hace que buena parte de los ciudadanos (37%) pida también a un producto nuevo que **les haga la vida más cómoda** y, la notable preocupación por el cuidado de la salud, hace que un número elevado de ellos (35%) destaque la importancia de que los productos incluyan **información clara sobre su contenido**.

En resumen, aparecen importantes modificaciones en la cesta de la compra: varía la selección de alimentos y los productos más tradicionales dan paso a otros de más fácil manipulación, que aportan una mayor comodidad culinaria, pero con una alteración mínima de sus características nutricionales.

En concreto, y por lo que respecta a la **alimentación hospitalaria** nos encontramos con una serie de alimentos característicos: suplementos **nutricionales**, enriquecedores de la dieta, **modificadores de la textura** (espesante, agua gelificada), **especiales para alergias** (gluten, intolerancia a la lactosa), **suplementos nutricionales para diabéticos** y para regímenes hipocalóricos, productos sin sal...

## **Tecnología**

El tipo de tecnología y la organización dependerá de las necesidades de cada centro, número de enfermos, infraestructura, tiempo disponible para la preparación y consumo, presupuesto, etc.

Así partiendo del diagrama de flujo básico de la actividad se pueden analizar las **técnicas tradicionales** que son las que actualmente se utilizan en Andalucía, y la **tecnología emergente**, que sin lugar a dudas y a no mucho tardar tendremos en nuestros hospitales.

En la **cadena caliente**, sistema tradicional, el núcleo del alimento debe permanecer por encima de 65° C hasta su consumo, para preservarlo de la contaminación microbiana. Los segundos platos son las preparaciones que a menudo plantean mayores problemas para mantener la temperatura recomendada y sus cualidades organolépticas.

Los platos preparados deben ser consumidos el mismo día de su elaboración, por lo que **no se pueden aceptar preparaciones realizadas el día anterior**, ni guardar los sobrantes para el día siguiente.

Para garantizar la calidad del servicio es fundamental que se mantenga la **cadena de temperatura caliente** desde la preparación del alimento en la cocina (autónoma o central) hasta su consumo en las habitaciones y para verificarlo es necesaria la utilización de termómetros.

Mediante este sistema se puede elaborar **comida tradicional**, respetando las **costumbres gastronómicas** de la zona, pero normalmente **no se cuidan satisfactoriamente las presentaciones** y acabados de los platos.

La **cadena fría** o “**cook & chill**” responde a las exigencias actuales de **consumo diferido** y consiste en enfriar rápidamente los alimentos cocinados **desde +65° C hasta +10° C** en el núcleo del alimento, **en menos de 2 horas**, con la ayuda de abatidores o células de enfriamiento rápido.

En este caso las preparaciones culinarias se elaboran con antelación y **permite una mejor organización del plan de trabajo en la cocina central.** Los platos preparados se conservan en cámaras frigoríficas a  $+3^{\circ}\text{C}$ , con una humedad relativa del 50%, por lo que se deben realizar controles continuos de estos parámetros.

**La duración máxima de estos platos es de 5 días** y tanto el transporte como el posterior emplatado se debe realizar a una temperatura controlada (transporte  $+3^{\circ}\text{C}$  y emplatado  $+15^{\circ}\text{C}$ ).

Una vez en las bandejas se pueden mantener en cámaras de refrigeración hasta que son subidos a planta donde se realiza la retermalización de los platos de consumo en caliente. La **retermalización** consiste en pasar de  $+3^{\circ}\text{C}$  a  $+65^{\circ}\text{C}$  en menos de una hora.

Existen algunas limitaciones en cuanto al tipo de platos que se pueden preparar con este sistema, especialmente platos a la plancha cuyo sabor se deteriora. Por otro lado el personal de cocina y el de planta debe recibir formación específica.

Existe una variante que es la **congelación de los alimentos cocinados** una vez que se ha producido el abatimiento previo. En este proceso se debe pasar de  $+3^{\circ}\text{C}$  a  $-18^{\circ}\text{C}$  en menos de 4 horas, pudiéndose conservar estos alimentos durante 3-4 meses.

En el caso de la **ultracongelación** se debe enfriar el producto hasta  $-40^{\circ}\text{C}$  en el núcleo del alimento, consiguiéndose un periodo de conservación más prolongado que con la congelación. El resto del proceso es igual que en el caso de la cadena fría en refrigeración.

Por lo que respecta a la variante con **cocina al vacío**, este sistema consiste en colocar los alimentos en crudo en bolsas y cocinarlos posteriormente una vez hecho el vacío, refrigerándolos posteriormente con un abatidor de temperatura.

La cocina al vacío se almacena en **frío positivo ( $+2^{\circ}\text{C}$ )** y permite su conservación durante unos **10 días** en las de primera generación y hasta **21 días** en las de segunda generación, mediante cocinado en horno de convección vapor. Las técnicas de tercera y cuarta generación permiten, mediante **pasteurización y esterilización, conservar los alimentos hasta un año.** El resto del proceso es igual que en el caso de la cadena fría en refrigeración.

La introducción de nuevas tecnologías de comida frigorizada reduce costes en cocinas establecimientos pequeños, pero es imprescindible la **formación adecuada** del personal implicado, sobretodo para la **regeneración y presentación** de los platos.

El sistema de cocina al vacío presenta algunas ventajas respecto de la cocina caliente: **cualidades organolépticas, dietéticas e higiénicas.**

Con frecuencia los usuarios de comidas elaboradas por estos sistemas expresan su **desagrado** porque las preparaciones no tienen una **temperatura homogénea** o **incluso algunas zonas están sin regenerar.**

### **Bromatólogo**

En una sociedad desarrollada el individuo no sólo exige alimentarse sino que además exige que los alimentos sean de calidad, el papel del bromatólogo es el de controlar que cada producto que se consume tenga la calidad que la legislación exige y debemos tener en cuenta que **la alimentación oral en los hospitales representa entre un 90 y hasta un 95%** del total de las dietas hospitalarias.

La implantación de Sistemas de Autocontrol en las empresas alimentarias es el método esencial reconocido por las normas internacionales (Codex Alimentarius) y nacionales (Real Decreto 2207/95, sobre Higiene de los Alimentos y demás normativa de carácter vertical), y su aplicación garantiza la seguridad e inocuidad de los alimentos en cada fase de la cadena alimentaria. Se basa en la aplicación de la metodología HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points), **Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control APPCC**, que es un sistema de trabajo que provee un enfoque sistemático para identificar peligros y estimar los riesgos que pueden afectar a la inocuidad de un alimento, a fin de establecer las medidas para eliminarlos o disminuirlos hasta niveles sanitariamente aceptables.

Para Arévalo, no cabe duda que los grandes centros hospitalarios, dado el volumen de alimentos que consumen, precisan de un bromatólogo que supervise la calidad nutritiva, comercial y sanitaria de estos a su recepción, durante su almacenamiento y preparación y al llegar al paciente. Hoy en día el papel inspector sigue vigente, aunque se ha ampliado extraordinariamente debido a la complejidad actual de la industria alimentaria; el abanico de productos ofertados por esta industria ha obligado al veterinario bromatólogo a ampliar su formación, para así poder controlar la calidad de los mismos a lo largo de toda la cadena alimentaria, lo que implica que actualmente el inspector de alimentos ha de ser un auténtico especialista.

Los objetivos que persiguen los veterinarios bromatólogos de los hospitales andaluces son: la obtención de alimentos nutritivos, apetecibles y, sobretodo, seguros e inocuos, de forma que el alimento sea fuente de salud y bienestar; el establecimiento de una vigilancia permanente de la cadena alimentaria para adoptar medidas preventivas; el dictamen de aptitud para el consumo y la valoración de la calidad higiénica, organoléptica y comercial; sin olvidar que en el ámbito hospitalario la población a la que van destinados los alimentos suele padecer inapetencia, limitación de ingesta o nutrientes, inmunidad deprimida, etc., y en estas circunstancias la higiene es clave en el proceso de la nutrición.

La primera aproximación al control de la calidad alimentaria en la **restauración colectiva hospitalaria** en España se produjo en **1.930**, cuando se comenzaron a realizar análisis (microbiológico y nutricional) de los alimentos consumidos en la **Casa de Salud de Valdecilla** (Santander), formando parte de una nueva visión del hospital y de un intento de crear una nueva cultura hospitalaria en España con la idea de conseguir una financiación mixta mediante la creciente atracción de clientes privados. Sólo en este contexto puede entenderse por qué y cómo la Casa de Salud de Valdecilla adoptó un **programa de análisis de alimentos en un país donde la queja habitual era la falta de comida** en los hospitales públicos.

En Andalucía no es hasta 1.988 cuando, con el objetivo de cumplir los requisitos recomendados por las Normas Internacionales de Acreditación de Hospitales, la Consejería de Salud, crea las Unidades de Dietética en los hospitales andaluces, apareciendo en su dotación, por primera vez, la figura del **bromatólogo**.

En los hospitales andaluces, los veterinarios bromatólogos empezaron elaborando protocolos higiénico-sanitarios, prescripciones técnicas de los alimentos, códigos de buenas prácticas, muestreos sistemáticos, y en sus reuniones periódicas, trataron de homogeneizar y unificar criterios en estos aspectos, creando en **1.996** un grupo multicéntrico para elaborar el **diseño del sistema APPCC de aplicación en restauración hospitalaria**.

En la actualidad los veterinarios bromatólogos de los hospitales públicos de Andalucía desarrollan sus funciones, entre otras, en las siguientes áreas:

**- Inspección de alimentos y control de calidad de los mismos:** Control del transporte, control bromatológico de los alimentos en la recepción, inspección de las instalaciones y de las manipulaciones del proveedor único, control bromatológico en las fases de conservación, elaboración y distribución de

alimentos, control de la presentación de la bandeja durante el emplatado y del destino final de las diferentes dietas.

- **Estudio de los análisis microbiológicos** de alimentos y agua, y del control microbiológico de las superficies de trabajo y de la contaminación ambiental de las instalaciones de la cocina.

- **Estudio de los análisis físicos y químicos** de los alimentos y agua, y de los parámetros físicos de los procesos de elaboración.

- **Inspección continuada y control higiénico-sanitario** del área de restauración mediante el diseño, desarrollo e implantación del sistema de autocontrol basado por un lado en los Planes Generales de Higiene (PGH) y por otro en el Análisis de Peligros y Puntos de Control Críticos (APPCC).

- **Asesoramiento técnico y en materia de legislación alimentaria** a los Servicios y Departamentos relacionados con la alimentación.

- **Participa en la Comisión Técnica** de selección de proveedores de alimentos (proveedor único), de equipos, y de los servicios de limpieza y desinfección y de control de plagas, así como en el establecimiento de las condiciones mínimas que deben exigirse. También en la selección de los Servicios de Cafetería de los distintos hospitales.

- **Elabora el Pliego de Prescripciones Técnicas** que deben cumplir los Productos de Limpieza y Desinfección utilizados en la cocina del hospital y en cualquier otro tipo de instalación de uso alimentario.

- **Participa en la Comisión de Nutrición** y/o Mesa de Calidad Alimentaria.

- **Coordinación del reciclado de manipuladores de alimentos.**

- **Docencia e investigación.**

- **Inspección periódica, auditorías y verificación** de los sistemas APPCC y PGH de las cafeterías y de los proveedores.

- **Responsable de los Sistemas de gestión de la Calidad ISO 9.001:2.000 e ISO 14.000** en los Servicios de Restauración.

El aseguramiento de la calidad en la restauración colectiva hospitalaria camina hacia la aplicación de nuevas tecnologías, suministros centralizados, instauración de la línea fría, y hacia la progresiva asunción de sistemas de calidad que exigen una selección de materias primas en la que el

elemento precio ya no lo es todo, valorándose otros parámetros tales como: las **presentaciones higiénicas**, la **estandarización de los productos**, la **flexibilidad horaria** y el nivel de servicio e información sobre las características propias de los alimentos.

En el futuro, existirá un mayor esfuerzo en la elaboración de los menús que ha de verse reflejado en la **presentación de los platos** y en la **modernización de los sistemas de distribución**, sin olvidarnos de la calidad higiénica, tarea en la cual, la participación del veterinario bromatólogo ha de ser fundamental.

## **Problemática**

Entre las causas que dificultan el logro de la **satisfacción del cliente-paciente-usuario** respecto del servicio de alimentación, destacan:

- El **“marco hospitalario”**: el enfermo está en un ambiente inusual, normalmente en habitación compartida y al estar encamado tiene poco desgaste y poco apetito. Y a esto le añadimos que no se tiene ningún rubor en interrumpir las comidas para la realización de pruebas médicas.
- La **“enfermedad en sí”**: el enfermo pierde la ilusión y las ganas de comer.
- La **“elaboración masiva”**: que en muchos casos, si la cocina no está bien dotada, conlleva la elaboración con mucha antelación.
- La **“distancia”**: tanto en el tiempo como en el espacio que hay entre el momento del acabado del producto y el momento del emplatado, y entre éste y el momento del consumo, pasando en la mayoría de los casos más de 60 minutos, y median centenares de metros, lo que provoca que los alimentos lleguen fríos y/o pasados de punto.
- El **“horario”**: en gran número de hospitales el enfermo desayuna a las 9, come a las 13 horas, merienda a las 16,30 y cena a las 19 (con un margen de  $\pm 1$  hora en cada caso). En la mayoría de ellos no ingiere alimento alguno desde las 20 horas hasta las 8 horas.
- El **“tipo de dietas”**: que normalmente no son respetadas en sus hogares, y por otro lado en pocos hospitales existe un servicio de Nutrición Clínica y Dietética orientado hacia la salud y satisfacción del cliente, y en los que existe se trata de imponer al enfermo la bondad de una dieta bien estudiada. Sin embargo, no es posible reeducar los hábitos alimenticios del ingresado durante su corta estancia hospitalaria, y el paciente reacciona no comiendo la dieta y en el peor de los casos recurre a los alimentos que le traen de su casa o de los restaurantes próximos. Un servicio de dietética debe de estar al servicio del usuario, **informándole** y tratando de conciliar los gustos del paciente con las limitaciones de su dolencia.

- La **“elección de menú”**: se imponen unos menús estudiados casi exclusivamente en función de la economía de los platos en lugar de derivados de las costumbres y las patologías de los pacientes, las capacidades de las instalaciones y las habilidades del personal de cocina, y teniendo en cuenta las dificultades de la distribución a las habitaciones.
- La **“enfermería”**: no se comprende la razón por la que enfermería, que se preocupa de cada toma de medicamentos de cada enfermo, así como de seguir con precisión sus constantes vitales, considera la alimentación de sus enfermos como un trabajo menor, delegando incluso el control de calidad y el reparto en auxiliares. También es secular el mal entendimiento entre enfermería y cocina. Cada uno echa las culpas al otro y el enfermo paga los platos rotos, estando los carros 15, 20 y hasta 30 minutos en los oficinas de las plantas esperando ser repartidos a los enfermos.
- El **“personal”** que trabaja en los servicios de alimentación es no titulado y no formado, salvo en los cursos de higiene y manipulación de alimentos, las posibilidades de promoción de un cocinero o de un pinche son escasas y además no tienen ninguna motivación extrínseca por parte de la dirección. Normalmente al frente de estos equipos no hay ningún responsable con conocimientos técnicos y de dirección de hombres, que forme parte de la dirección del hospital, y cuya voz se escuche.
- La dirección considera el Servicio de Alimentación como una **actividad complementaria o accesorio**, y no dándole la importancia que se le otorga a cualquier otro servicio médico.

El **“objetivo”** de los servicios de alimentación es bajar el coste de las compras de alimentación, eso sí, **“sin deteriorar la calidad”** no definida, no cuantificada, no controlada. Es decir: **“bajar el coste aun a costa de que el Servicio no sirva para nada”** ya que:

La comida se acaba tirando en un alto porcentaje: **más del 40% en peso de los alimentos que suben a los enfermos se tiran a la basura** al limpiar los platos, en ocasiones bandejas enteras. El primer control de satisfacción debe hacerse precisamente en el lavavajillas.

La **malnutrición crece**, y se debe asociar con una incidencia elevada de infecciones, con pérdida de líquidos y electrolitos, con una respuesta ventilatoria deprimida, con una disminución a la respuesta a ciertos programas de quimioterapia, con una depresión de la respuesta inmune, con retardo de la cicatrización, dehiscencia de suturas, hipoproteinemia, debilidad muscular, menor motilidad intestinal... y todo ello provoca un mayor tiempo de estancia hospitalaria (+ 4 días), reingresos, gasto de medicamentos y un aumento en el coste de los cuidados médicos, que por tanto no pueden ser dedicados a otras áreas sanitarias. **El 56% de los pacientes que ingresaron**

con buen estado nutricional sufrieron un deterioro y los que lo hicieron con algún grado de desnutrición empeoraron en un 72,0%.

#### BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

- Alimentación en España: producción, industria, distribución y consumo. 4ª Edición 2.001/2.002. Distribución y Consumo. Empresa Nacional Mercasa. ISBN 84-920085-8-X.: 48-49.
- Aranceta, J. y Pérez, C. 2.001. Alimentación colectiva en centros docentes. En: Tratado de nutrición. Pedriátrica. Editor Rafael Tojo Sierra. Ediciones Doyma S. L. : 1.115:1.127
- Arévalo Calzadilla, A. 1.990. El papel de la bromatología en la nutrición hospitalaria. Introducción a la Nutrición Clínica y Dietética. Consejería de Salud Junta de Andalucía: 39-44.
- Caracuel, A.; Ortiz, A.; Roque, R.; Gimeno, M. y Galiana, C. 2.001. Instauración de autocontroles en el área de restauración con una estructura de proveedor único. I Congreso nacional CYTAL, Granada.
- Catálogo de Hospitales Andalucía: 2.001. Servicio de Información y Evaluación, Unidad de Estadística. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Díaz Méndez, C. y Gómez Benito, C. 2.001. Del consumo alimentario a la sociología de la alimentación. Distribución y consumo, nº 52: 5-23.
- García Luna, P. P. 1.990. Malnutrición hospitalaria. Introducción a la Nutrición Clínica y Dietética. Consejería de Salud Junta de Andalucía: 19-38.
- Jáuregui Ruiz, R. Mª. Función de los Técnicos Superior en Dietética en el Insalud, a nivel de Cocina. 2ª Congreso SANCYD, Málaga 2.002: 43.
- La Alimentación en España. 2.000. Ministerio de Agricultura Pesca y Alimentación. Dirección General de Alimentación.162-164.
- Lobo Tamer, G. 2.002. Valoración nutricional de pacientes hospitalizados: parámetros bioquímicos y antropométricos. Evolución durante su estancia. 2ª Congreso SANCYD, Málaga, 44.
- Málaga en cifras 96/97. Cámara de Comercio de Málaga.
- Málaga en cifras 99/00. Cámara de Comercio de Málaga.
- Martín Cerdeño V. J. (1.997). Las actividades de restauración en España.: Situación y tendencias. Distribución y Consumo, nº 46,
- Memoria estadística de la Consejería de Salud: 2.000. Servicio de Información y Evaluación, Unidad de Estadística. Consejería de Salud.
- Miqueleiz, M. A. 2.002. Control de calidad de la restauración colectiva hospitalaria. 2ª Congreso SANCYD, Málaga, 46.
- Pérez Melón, J. A. 1.998. Servicio de alimentación en los centros sanitarios. Revista de administración sanitaria, Vol. 11, nº 8: 111-122.

