
Servicio de alimentación en los Centros Sanitarios

José A. Pérez Melón
Fundador de COEMCO S.A.

Experto en servicios de alimentación en Hospitales y grandes colectivos

Resumen:

El buen funcionamiento del servicio de alimentación es clave en la salud de nuestros pacientes y en el grado de satisfacción de nuestros "clientes". En él gastamos muchísimo dinero (entre el 6 y el 10% del presupuesto de nuestros hospitales).

Pese a ello, los resultados son, a nivel general, desalentadores. La malnutrición crece cuanto más larga es la estancia en el Hospital y, el nivel de satisfacción es bajo. La alimentación es percibida como "un punto negro" en nuestros hospitales.

Hay "barreras objetivas", que en el artículo expongo, que dificultan el servicio y hacen compleja la solución.

Hay otras barreras (derechos adquiridos, el "pasotismo" y sobre todo la ignorancia y falta de tecnología) que impiden la implantación de soluciones eficaces.

Sin embargo es posible, y a coste muy inferior al que nos imaginamos, darle la vuelta a la actual situación. En el artículo se exponen los requisitos que como mínimo cualquier solución eficaz debe cumplir, y se presentan 3 ejemplos demostrativos de soluciones bien implementadas con sus resultados cuantificados.

Palabras clave: Alimentación. Cliente. Satisfacción.

I. "Es un servicio esencial"

a) Afecta directamente a la **salud** de los pacientes.

– Una Inadecuada alimentación atenta contra la salud del paciente.

– Una correcta alimentación:

- disminuye el índice de morbilidad
- acorta el periodo de recuperación (mejora el índice de rotación ayudando a rebajar las listas de espera).

b) 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).

El enfermo difícilmente puede valorar la calidad de los análisis, equipamiento médico ni la competencia profesional del personal sanitario, sin embargo está perfectamente capacitado para saber si le gusta o no la sopa, el arroz o el pescado que le traen. Una eficiente valoración de los mismos repercute favorablemente sobre la imagen global del Hospital.

c) El presupuesto del servicio de alimentación en los Hospitales oscila entre

el **6 y el 10% del presupuesto** global del centro en función de:

- el nivel del Hospital (tanto más bajo cuanto mayor es el coste de la estancia).
- el tipo de Hospital (mayor en un Hospital General que en un traumatólogo).
- el número de camas (menor cuanto mayor es el centro).
- el tipo de servicios (menor si el emplatado-lavado se centraliza en cocina)
- las instalaciones (menor cuanto más adecuados sean).
- la organización del servicio.

II. Conclusiones

a) El servicio de alimentación incide de forma importante en el estado de *salud* de los encamados y en la percepción que respecto a la *calidad* asistencial tienen los **clientes**.

Al mismo se destinan cantidades importantes de dinero.

b) A nivel global la valoración *objetiva* de los servicios de la alimentación de los Hospitales españoles es **muy deficiente**.

“Más de la mitad de los pacientes hospitalizados sufren desnutrición y ésta aumenta cuanto más se alarga la estancia”.

c) A nivel global la valoración *subjetiva* por parte de los pacientes-clientes es también **deficiente**. Las diferentes en-

cuestas de satisfacción realizadas tanto a nivel del conjunto del Estado como en algunas Comunidades Autónomas, sitúan al servicio de alimentación como “punto negro”.

III. Causas

a) Objetivas

Hay causas objetivas que dificultan el logro de la satisfacción del cliente-paciente respecto del servicio de alimentación. Entre ellos:

- El “**marco hospitalario**”: el enfermo está en un ambiente inusual, que no le predispone a la buena aceptación. Al estar encamado tiene
 - poco desgaste y
 - poco apetito
- La **enfermedad en sí**: En muchos casos el enfermo pierde la ilusión o/y las “*ganas*” de comer.
- El **tipo de dietas**: Dietas estrictas o asódicas (generalmente no respetadas en sus hogares) resultan poco atractivas.
- La “**elaboración masiva**”: No es lo mismo producir para 900 encamados que para un solo enfermo en su casa y por parte de su allegados (máximo cariño en la colaboración).
- La “**distancia**” tanto en el **tiempo** como en el **espacio** que hay entre el

momento del acabado del producto en cocina y el momento del consumo por parte del enfermo en su habitación. En la mayoría de los casos pasan más de 60 minutos, y median centenares de metros, lo que provoca que los alimentos lleguen *fríos o/y pasados de punto*.

Estas causas *objetivas* son reales, pero deben ser consideradas como obstáculos a vencer, y nunca como justificación de un servicio deficiente. Exigen del Hospital una mayor atención y esfuerzo para superarlas, pero es posible lograrlo si se aplican los medios y la organización adecuada, que casi nunca suponen un coste sustancialmente más elevado.

b) Subjetivas

Horarios:

En gran número de Hospitales, el enfermo desayuna hacia las 9, come a las 13 horas, merienda a las 16,30 y cena a las 19 (con un margen de ± 1 hora de error en cada caso). En la mayoría de ellos no ingiere alimento alguno desde las 20 horas hasta pasadas las 8 horas. Es decir, concentra en menos de 12 horas cuatro tomas de alimentos, y permanece durante más de 12 horas sin comer nada.

Es absolutamente irracional y provoca:

- Descompensaciones en determinados casos.

- Rechazo de las comidas por cuanto el enfermo no está habituado a comer a las 13 horas ni a cenar a las 19 horas ¡No tiene hambre!
- Rechazo adicional de las cenas por cuanto son servidas antes de lo habitual y después de la merienda (la merienda cada vez es menos usual en nuestras costumbres extra-hospitalarias, pero permanece firmemente arraigada en nuestros centros, ¿por qué?).

En definitiva, los horarios de las comidas, están basados en *función* de los *turnos de trabajo* del personal sanitario en vez de en las necesidades y hábitos de los *clientes*. Son un escollo absurdo, imprescindible de salvar en una correcta reorganización del servicio.

Dietas:

En muy pocos Hospitales, existe un servicio de dietética orientado hacia la salud y satisfacción del *cliente*.

En los que existe, en gran parte de los casos, se trata de *imponer* al enfermo la bondad de una dieta bien estudiada que "le conviene". Sin embargo, no es posible reeducar los hábitos alimenticios del ingresado durante su corta estancia hospitalaria, y el paciente reacciona *no comiendo* la dieta (con lo cual no se consigue ninguno de los efectos saludables previs-

tos, y sí se debilita el enfermo). Termina recurriendo, en muchos casos, a los alimentos que le traen de su casa o de los restaurantes próximos los familiares o amigos, haciendo inútil el esfuerzo del servicio de dietética.

Principio: 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 y, *nunca* tratando de imponer platos que al ser rechazados tendrán el efecto opuesto al deseado.

Ignorancia:

"La malnutrición en los pueblos es sintoma de pobreza, en los Hospitales de ignorancia"

Esta ignorancia es, sin duda, el elemento clave del mal funcionamiento del Servicio de alimentación en nuestros Hospitales, y afecta a todo el proceso de la cadena de producción de los alimentos.

El esquema del proceso es el siguiente: Veamos:

"Comanda" (elección del menú)



En vez de indagar lo que los enfermos desean comer (como hacen las familias en las casas o los maitres en los Restaurantes), en el Hospital se le imponen unos menús estudiados (cuando lo están) casi exclusivamente en función de la economía de los platos en vez de en las costumbres de los pacientes, las capacidades

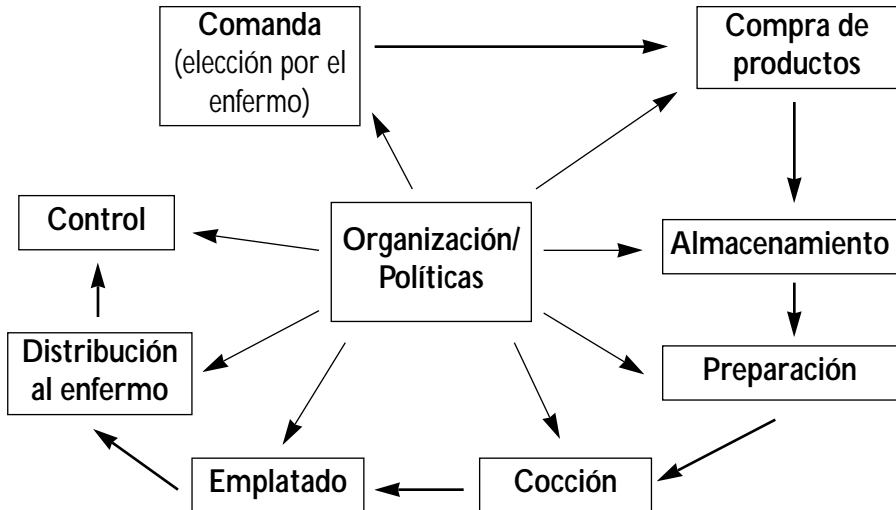


Figura nº 1.

de las instalaciones y habilidades del personal de cocina, y teniendo en cuenta las dificultades de la distribución a las habitaciones. Frecuentemente el problema se agrava en base a una pretendida **"variedad"**. El/la responsable de cocina para "hacerlo mejor", se empeña en dar, por ejemplo, una verdura diferente cada día a clientes que no les gusta la verdura. La verdura recorre todo el proceso de elaboración y distribución hasta que termina en los cubos de la basura.

Compra productos



Ejemplo: Un gran Hospital, del máximo nivel y prestigio, está sirviendo hoy a sus enfermos en exclusiva zumo de manzana, basado en 3 principios:

- a) economía de coste
- b) minimizar los stocks (más variedad de productos exigiría más espacio)
- c) "dietéticamente permite cubrir toda la gama de dietas".

Resultado: la mayoría de los clientes se lo dejan o no lo aprecian. Preferirían mayor variedad y, especialmente el de naranja.

Por diferentes pero inadecuadas razones, los responsables de alimentación (cuando los hay) compran bistecs que no aguantan el tiempo de distribución y llegan fríos, secos y duros (= incomedibles), cuando "desean quedar bien, aún pasándose del presupuesto".

Almacenamiento



Con suma frecuencia los productos recién comprados se apilan sobre los existentes en almacén, cámaras o congeladores, lo que conlleva a que los últimos carezcan de salida y se deterioren con el paso del tiempo.

Preparación



Por economizar, la mayor parte del pescado y, en ocasiones, las carnes son congeladas. Ello no es grave; lo grave es que la mayoría de las plantillas de cocina desconocen las técnicas adecuadas de descongelación, y como consecuencia de ello un buen producto se transforma en deficiente.

Cocción



Uno de los mayores complejos hospitalarios del país, basándose en una deseable "preocupación" por la limpieza, cocina de 9 a 11:30 horas los alimentos que se emplatarán de 12 a 13 horas, y que serán ingeridos de 30 a 45 minutos después. Gracias a ello, la cocina a las 13 horas está reluciente, y los alimentos (pasados de

punto) y con mayores riesgos de contaminación, son rechazados por los enfermos.

Emplatado



Son aún muchos los hospitales en los que las comidas suben a los "offices de plantas" en cazuelas, para que allí se recalienten, porcionen y emplaten.

A parte de aumentar enormemente el riesgo de tóxico-infecciones y de deteriorar la calidad de los cocinados, el criterio dietético, el de presentación del plato, el de calidad,... se deja en manos de personal de escasa cualificación, no formado, y con criterios diferentes de una unidad a otra (incluso dentro de la misma unidad, de un turno a otro).

Distribución al enfermo



No alcanzo a comprender 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**. Incluso delegan el control de calidad y el reparto en auxiliares. ¿Acaso la alimentación no forma parte de la terapia al igual que el resto de la medicación? ¿Acaso no está en juego la salud y el bienestar del enfermo?

Es secular el mal entendimiento entre enfermería y cocina. Cada uno echa las culpas al otro y el enfermo paga los platos rotos mientras que ambos estamentos se lavan las manos. En un gran Hospital pude constatar hace un mes como enfermería, preocupada por la deficiente calidad de cocina permitía que los familiares entrasen comida de los restaurantes de la zona a los enfermos. Estaban hartas de enfrentamientos estériles con cocina.

¿Por qué los carros están 15, 20 y hasta más de 30 minutos en las offices de las plantas esperando ser repartidos a los enfermos? ¿Tolerarían en un restaurante esas enfermeras que los camareros les sirvieran platos hechos media hora antes? ¿Qué es lo esencial? ¿el "trabajo de la enfermera" o la salud y satisfacción del *cliente*?

Control



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 (lo que supone *clientes* que no han probado bocado y enfermos malnutridos).

El primer control de satisfacción debe hacerse precisamente en el lavavajillas. Si los alimentos vienen de vuelta, algo está fallando. *Nadie* se preocupa por ello. Esta función está delegada al fregador.

Hoy que los Hospitales están desarrollando sistemas de control de calidad, apenas se realizan encuestas de satisfacción sobre alimentación. Cuando se hacen, en la mayor parte de los casos no son anónimas, y las efectúan personal de planta. El enfermo-Cliente "pasa" de críticas, convencido de que nada va a poder solucionar, y no quieren significarse. ¡Y el ciclo infernal vuelve a comenzar!

Organización

El equipo médico y su profesionalidad son garantía de la calidad de los procesos médicos. El cuerpo de enfermería y su profesionalidad son garantía de la correcta asistencia sanitaria. Unos y otros tienen formación, titulación y están organizados de forma que el Director médico y el Jefe de enfermería son piezas claves en la dirección del Hospital.

¿Qué personal trabaja en los servicios de alimentación? Tanto en cocina como en distribución son personal *no titulado* y *no formado* (apenas conozco Hospitales con cursos de formación en cocina –al margen de los de higiene y manipulación de alimentos–).

La *motivación* extrínseca es nula. ¿Saben de algún gerente de Hospital que haya bajado alguna vez a felicitar al equipo de cocina? ¿Cuáles son las posibilidades de promoción de un cocinero o de un pinche?

Al frente de estos equipos (que en ocasiones ocupan a decenas de personas) no hay, en general, *ningún* responsable con conocimientos técnicos y de dirección de hombres, que forme parte de la dirección del Hospital, y cuya voz se escuche.

Políticas estratégicas

Mientras que a nivel Hospital se fijan objetivos estratégicos, planes a corto, medio y largo plazo, etc., en los servicios de alimentación, aparte de buenas voluntades, el único objetivo (si lo hay) es bajar el coste de las compras de alimentos. Eso sí, "sin deteriorar una calidad" no definida, no cuantificada, no controlada. ¡Palabras vacías!

A mediados de los 70 comenzaron a haber en España algunas "empresas especializadas" en alimentación de Hospitales. Su carácter "privado" hacía muy difícil su contratación por la Sanidad Pública.

A mediados de los 80, ante la imposibilidad de negar la evidencia y ante la necesidad de encontrar soluciones, se hicieron tímidos intentos de "probar" esta alternativa. La Sanidad Pública carecía de técnicos propios. Los resultados positivos (en varios casos) provocaron que a mediados de los 90, la solución de "externalización" del servicio, más o menos encubierta, se plantease en algunos hospitales. Perdido el miedo, el objetivo dejó de ser la bús-

queda de la solución del problema de calidad del Servicio de alimentación para centrarse en la rebaja de costes.

Hoy los costes del Servicio son, en la mayoría de los casos, "más importantes" que el Servicio en sí.

Llegamos al anacronismo de "bajar el coste" aún a costa de que el Servicio no sirva para nada (la comida se acaba tirando en un alto porcentaje), y la malnutrición crezca.

La empresas, teóricamente especializadas, se han visto desbordadas y forzadas por las demandas de "ahorro" y, en general, no han sabido dar respuestas adecuadas, con lo cual se ha erosionado su "aureola de eficacia".

Frecuentemente, en el deseo de dar al responsable del Hospital "lo que quiere" (rebaja de costes) se han olvidado de lo que el *cliente-paciente* necesita-desea.

Se ha perdido el "espíritu de pioneros", de "luchadores" por la dignificación del Servicio de alimentación de los Hospitales, que permitieron el buen-hacer en los años 75 a los 90.

IV. Conclusiones

Pese a todo lo expuesto hay soluciones en casi el 100% de los casos. Es necesario:

a) Una definición clara de los **objetivos** perseguidos por el Hospital, y una determinación de los **indicadores** que

se van a seguir para medir los resultados parciales del proceso.

b) Una **apuesta decidida** por parte **de la dirección** por la mejora del Servicio, arrastrando los posibles conflictos o costes que supondrán las modificaciones de horarios, de métodos, de formación, de responsabilidad.

c) Normalmente se requerirá el **asesoramiento** de un equipo externo. Apenas hay profesionales en esta actividad tan nueva. Pero ello no supone el abdicar la responsabilidad de la gestión del Servicio. El equipo externo es la herramienta ("el soft") que la Dirección necesita para implantar el nuevo sistema. Pero la responsabilidad es el 100% del Hospital.

d) Probablemente se requerirán algunas **reformas de instalaciones** o quizá máquinas nuevas (el "hard"). Generalmente la inversión imprescindible es pequeña e ínfimo su coste si se compara con el resultado buscado. Nunca la solución del problema pasa exclusivamente por la inversión en maquinaria. Un "hard" informático no funciona sin un "soft" adecuado. He visto demasiados fracasos en Hospitales en que el Gerente ha optado por la vía fácil de dedicar incluso decenas de millones de inversión en vez de atajar las causas reales del problema.

e) Es necesario que **el Hospital**, en su

integridad, (Director, médicos, enfermería, administración, mantenimiento, ...) **asuma el Proyecto** como propio y participe en el mismo.

Técnicamente **las soluciones existen** y los resultados, dado el bajo nivel de partida, suelen ser sorprendentes.

1) Hospital Monográfico Asepeyo (Coslada) 1981

A.- Presentación:

Se trataba de la apertura de un Hospital nuevo, lo que facilitaba enormemente la solución por cuanto:

a) Las instalaciones eran nuevas y fueron expresamente concebidas para:

- respetar el principio "marcha adelante"
- evitar cruces limpio-sucio
- facilitar el trabajo del personal optimizando la productividad
- permitir el control visual de todo el proceso

b) El personal era nuevo y motivado, sin vicios ni problemas de horarios.

c) La mayor dificultad estaba en:

- la larga estancia de los enfermos de traumatología: requiere mayor variedad.
- la escasa complejidad dietética: el enfermo "no se sentía enfermo" y tiene un alto nivel de exigencia.

B.- El reto:

Asepeyo pretendía **un servicio del máximo nivel**, a costes asumibles y mantenibles en el tiempo, dado que el nuevo Hospital era la mejor referencia para potenciar la entrada de la Mutua en el mercado madrileño.

C.- La clave de éxito

Fue la instalación de una fórmula de "minicarta" (en el año 81!) mediante la cual el cliente escogía personalmente su dieta dentro de la gama de alternativas del día. De esta forma **el cliente** pasaba a ser parte del servicio de alimentación. Al servir el menú escogido nos asegurábamos la buena aceptación de los alimentos, siempre que llegasen con la condimentación, temperatura y presentación debidas.

D.- Resultado: ¿Cómo encontró la alimentación durante su estancia?

	Bien	Regular	Mal
A. Presentación	94,12%	5,88%	--
B. Calidad	100,00%	--	--
C. Cantidad	81,25%	18,75%	--
D. Temperatura	2,50%	37,50%	--

* Promedio de las encuestas de satisfacción en el primer año de funcionamiento del centro.

2) Hospital del INSALUD "Severo Ochoa" 450 camas (Leganés) 1986

A.- Introducción: El reto

Fue la experiencia piloto del Insalud en Madrid en la gestión del Servicio de alimentación a través de una empresa especializada para verificar su nivel de eficiencia en comparación con el del resto de su red.

A favor estaba el tratarse de un Hospital nuevo:

a) Instalaciones diseñadas en función de las necesidades del Servicio.

b) Personal nuevo carente de vicios, y motivado.

c) Equipo de dirección del hospital innovador y que asumió plenamente el proyecto.

B.- El proceso

a) El presupuesto de "compras" (materias primas) fijado fue el mismo que tenía el Hospital, en aquel momento, mejor gestionado de todos los Hospitales del Insalud en Madrid. No se admitió en el concurso bajas sobre el mismo.

b) Se creó un comité de "expertos" (dietistas, gestores ...) que analizaron cada una de las ofertas de servicio presentadas (menús, dietas, organización del servicio, planes de calidad, ...) y que eligieron la mejor oferta.

c) Se hizo un concurso público abierto en el que las diferentes firmas competían por organización, servicio, calidad..., al estar el precio fijado de antemano.

C.- Claves del éxito

a) Implantación de una "minicarta". El enfermo podía elegir, dentro de los límites de su dieta.

b) Concienciación de todo el Hospital, especialmente la dirección, el equipo médico, la enfermería y la administración. Todos asumimos el reto común, colaborando al máximo.

D.- Resultado

	Buena- aceptable	deficiente
A. Presentación	100%	—
B. Cocinado	93%	7%
C. Sabor	89%	11%
D. Temperatura	92%	8%

3) Hospital de Basurto (Bilbao) 1991

A.- Introducción

Estructura del Hospital multipabellonar con enormes distancias a recorrer entre los pabellones y la cocina central, que se comunican por calles al aire libre (no túneles).

La cocina en cada pabellón resultaba carísima y de muy difícil control.

Por contrario la cocina central planteaba el inevitable problema del enfriamiento de los platos en el transporte (línea caliente) con el consiguiente riesgo de intoxicación alimentaria.

El personal de cocina pertenece desde siempre al Hospital.

B.- El reto

Implementación de una **cocina central**, dotada de unidad de friorización para distribuir en **línea fría** (Camiones frigoríficos a +4° C) a las plantas, procediéndose en las mismas a la **regeneración térmica** de los alimentos.

Incorporación de un equipo técnico de dirección de la cocina para reforzar la plantilla del Hospital.

C.- Proceso

El Administrador del Hospital visitó cocinas centrales en Europa, y elaboró el Proyecto Técnico de Instalación.

La Dirección pidió ofertas de empresas especializadas, trabajando a fondo el desarrollo del servicio con cada uno de ellas.

Partiendo de un ajustado presupuesto, el objetivo se centraba en el éxito de la innovación tecnológica (experiencia innovadora en España), y su aceptación tanto

por los pacientes-clientes como por el personal de cocina y de enfermería.

D.- Claves del éxito

a) La implicación de la dirección en el Proyecto.

b) La mejora de los horarios del personal de cocina. La mayoría de ellos trabaja de lunes a viernes y en turno de mañana (de 7 a 15 h.) En festivos sólo trabaja el personal de distribución.

c) La investigación. Se emplearon más de tres meses para el desarrollo de cada uno de las fichas técnicas de los diferentes platos (proceso de elaboración, enfriamiento, regeneración, ...)

d) La formación del personal de plantas en la regeneración de los productos.

e) La colaboración entre el personal de cocina del centro y la dirección del servicio externo.

f) Plan de *comunicación* con el cliente-paciente para explicarle el sistema y favorecer su aceptación.

E.- Resultados

A. Aceptación envase

Buena	91%
Deficiente	3%
Indiferente	6%

B. Temperatura

Caliente	96%
Fría	4%

C. Variedad	
Buena	71%
Deficiente	28%

D. Cantidad	
Suficiente	90%
Escasa	10%

E. Opinión general	
Comida	
Muy buena	5%
Buena	37%
Aceptable	48%
Deficiente	10%
Muy mala	-

