

Alimentación

CENTROS SOCIO SANITARIOS

ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN CENTROS SOCIO SANITARIOS: CUANDO LA NORMA DEBE DIALOGAR CON LA CLINICA.



José Ferreira Vacas
Veterinario-bromatólogo del Hospital Reina Sofía de Córdoba.



Verónica González Abreu
Veterinaria-bromatóloga del Hospital Regional de Málaga.

La atención alimentaria y nutricional en el ámbito sanitario y socio sanitario constituye una intervención terapéutica esencial de soporte que debe ser considerada parte integral del proceso asistencial y de recuperación de la salud de los pacientes hospitalizados

En este contexto, la Alimentación hospitalaria no puede limitarse exclusivamente al cumplimiento de criterios generales de alimentación saludable y educación nutricional, sino que garantice de forma prioritaria una alimentación inocua y nutritiva suficiente, de calidad y sensorialmente aceptable, adaptada a la situación clínica y a las necesidades individuales de cada paciente.

El año 2026 La aplicación de criterios generales, no suficientemente adaptados al contexto

clínico hospitalario, puede comprometer uno de los principios básicos de la atención sanitaria: la prevención y el tratamiento de la desnutrición relacionada con la enfermedad (DRE).

Numerosas evidencias científicas demuestran que una Alimentación hospitalaria poco apetecible o atractiva repercute negativamente en la ingesta real de los pacientes, favoreciendo la aparición o el agravamiento de la DRE, con el consiguiente aumento de complicaciones clínicas, prolongación de estancias hospitalarias, incremento

LA FALTA DE ACEPTACIÓN DE LOS MENÚS HOSPITALARIOS FAVORECE CON FRECUENCIA LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTOS PROCEDENTES DEL EXTERIOR DEL CENTRO SANITARIO

de reingresos y mayor consumo de recursos sanitarios.

Por este motivo, la Alimentación hospitalaria debe diseñarse y evaluarse no sólo desde un enfoque de promoción de hábitos saludables y sostenibles, sino también desde una perspectiva clínica, terapéutica y asistencial, en la que se priorice de forma simultánea la adecuación nutricional, la inocuidad, la palatabilidad y la aceptación por parte del usuario. En muchos casos, especialmente en estancias prolongadas o en pacientes de edad avanzada, pueden aparecer alteraciones del apetito o lo que habitualmente se describe como un “apetito caprichoso” condicionado por la enfermedad, los tratamientos o el propio proceso de hospitalización.

Cuando estos factores no se tienen en cuenta, la eficacia de la intervención nutricional pue-

de verse comprometida. Además, la falta de aceptación de los menús hospitalarios favorece con frecuencia la introducción de alimentos procedentes del exterior del centro sanitario—aportados por familiares o adquiridos en establecimientos de restauración—, lo que puede suponer riesgos adicionales desde el punto de vista de la seguridad alimentaria y del control dietético del paciente.

En este contexto, la alimentación hospitalaria debe entenderse plenamente como una parte del tratamiento.

¿Una norma necesaria?

El borrador del Proyecto de Real Decreto por el que se establecen criterios para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros de titularidad pública y centros privados para personas dependientes o

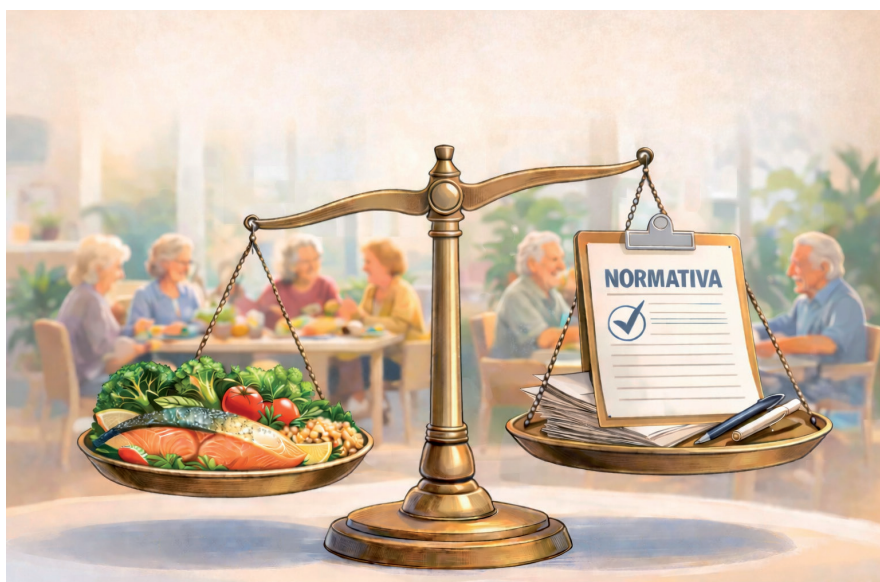
con necesidades especiales supone, sin duda, un punto de inflexión en la política alimentaria aplicada al ámbito sociosanitario en España. El texto pretende alinear los menús institucionales con criterios de salud pública, sostenibilidad ambiental y calidad nutricional, constituyendo una iniciativa necesaria y coherente con las estrategias actuales de salud pública, sostenibilidad y promoción de hábitos de vida saludable.

Sin embargo, cuando la norma desciende al ámbito hospitalario y sociosanitario, el debate ya no puede centrarse exclusivamente en el equilibrio nutricional teórico o en la reducción de determinados ingredientes, sino en una cuestión mucho más compleja: la alimentación como intervención terapéutica.

En un sector históricamente tensionado por criterios económicos en la externalización de servicios, este marco normativo puede contribuir a elevar estándares mínimos y reducir desigualdades entre centros, presentando una oportunidad para homogeneizar estándares en todo el territorio nacional y elevar el nivel de exigencia en la restauración sociosanitaria, por lo que es necesario que el texto definitivo no convierta una buena intención en un posible riesgo asistencial

Una oportunidad para profesionalizar la alimentación sociosanitaria.

El proyecto normativo supone una oportunidad histórica para profesionalizar y dignificar la alimentación en el ámbito hospitalario y sociosanitario. Debe ser el punto de partida para extender modelos multidisciplinares ya existentes liderados por Servicios de Alimentación y Unidades de Nutrición Clínica y Dietética integradas por médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición, farmacéuticos



y veterinarios bromatólogos, enfermeras, tecnólogos de alimentos, dietistas nutricionistas y técnicos superiores en dietética, en colaboración continua a través de comisiones clínicas y grupos de trabajo con profesionales de servicios generales que integran las cocinas de instituciones sanitarias y sociosanitarias con la labor imprescindible de la mejora de la oferta alimentaria ofrecida a los pacientes, exitosamente implantados en Andalucía, Extremadura, La Rioja o Aragón.

Deben superarse modelos basados exclusivamente en coste por menú, incorporar indicadores de calidad nutricional reales, promover compras responsables sin comprometer la seguridad alimentaria y situar la alimentación en el centro del proyecto asistencial.

Pero el éxito dependerá de cómo se concrete la norma final y, sobre todo, de cómo se implemente.

Avances del borrador

El borrador introduce avances significativos que deben ser re-

conocidos:

- Refuerza la obligación de ofrecer menús equilibrados y adaptados a las necesidades clínicas.
- Incorpora criterios de sostenibilidad (producto de temporada, proximidad, reducción de ultraprocesados).
- Limita la presencia de determinados alimentos de bajo perfil nutricional.
- Promueve mayor transparencia en la contratación y supervisión del servicio alimentario.

Pero en el entorno hospitalario y residencial, la alimentación no es únicamente un instrumento de promoción de hábitos saludables. Es parte del tratamiento la evidencia científica ha demostrado reiteradamente que la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) aumenta complicaciones, prolonga estancias y eleva costes sanitarios.

Por ello, cualquier regulación debe priorizar de forma inseparable cinco pilares fundamentales como:

- Inocuidad.
- Adecuación nutricional.
- Palatabilidad.
- Ingesta efectiva.

- Planes de capacitación al personal sanitario y cocina

Un menú técnicamente equilibrado que el paciente no consume carece de valor clínico.

Cuando la norma no incluye al paciente frágil

El borrador del Real Decreto enfatiza criterios nutricionales diseñados fundamentalmente desde una perspectiva poblacional —como la reducción de sal, azúcares, ultraprocesados, exigencia del 90 % de frutas y hortalizas frescas o la limitación estricta de determinados productos—, pero puede quedar insuficientemente contemplada la realidad del paciente frágil, con anorexia asociada a enfermedad, apetito caprichoso, deterioro cognitivo o requerimientos dietoterapéuticos específicos.

En geriatría, el principal riesgo no suele ser el exceso, sino el déficit de ingesta.

Merecen especial reflexión para evitar una rigidez normativa frente a una adecuación clínica algunos puntos concretos del texto, tales como:



LA ALIMENTACIÓN EN CENTROS PARA PERSONAS DEPENDIENTES DEBE SER SALUDABLE, SOSTENIBLE Y DE CALIDAD.

• Exigencia del 90 % de frutas y hortalizas frescas

Desde una perspectiva hospitalaria, este criterio puede resultar contraproducente. Las verduras congeladas mantienen calidad nutricional, reducen mermas y, en patologías como la enfermedad renal crónica, pueden ser incluso preferibles.

• Restricción exclusiva al yogur natural sin azúcares

En pacientes vulnerables, pequeñas adaptaciones —como yogures ligeramente azucarados o con fruta— pueden marcar la diferencia entre ingerir o no ingerir. En el hospital, el riesgo no es la obesidad poblacional, sino la malnutrición.

Mantener la opción natural como prioritaria, pero no exclusiva, parece una solución más sensata.

• Eliminación estricta de alimentos procesados

El término “ultraprocesado” requiere precisión en contexto hospitalario. Determinados alimentos tecnológicamente procesados (pasteurizados, congelados, envasados al vacío) son herramientas fundamentales para garantizar inocuidad y disponibilidad ante los recursos disponibles.

• Cocina in situ y calidad organoléptica

La propuesta de fomentar modelos de cocina in situ es positiva, pero debería explicarse que el objetivo no es solo la calidad nutricional, sino también la calidad organoléptica. La experiencia sensorial condiciona la ingesta y, por tanto, el estado nutricional. Así mismo, sería deseable que la norma incluyera de forma ex-

plícita algunos aspectos técnicos relevantes, como el uso de sal yodada, la formación obligatoria en higiene y manipulación de alimentos, la adecuación de los códigos de dietas a la cultura gastronómica local o la inclusión explícita de reacciones adversas a alimentos en la planificación de menús especiales. Lejos de debilitar los objetivos de salud pública, estos elementos contribuyen a reforzarlos.

Conclusión

El borrador del Real Decreto parte de una premisa incuestionable: la alimentación en centros para personas dependientes debe ser saludable, sostenible y de calidad. Nadie en el sector puede discrepar de ese objetivo. La cuestión no es si debemos avanzar en esta dirección, sino cómo hacerlo sin generar sobrecargas normativas que pueden producir efectos adversos en población especialmente vulnerable.

El desafío consiste en conjugar sostenibilidad, salud pública y seguridad alimentaria en su sentido más amplio —inocuidad, la adecuación nutricional, la palatabilidad y la aceptación— sin generar rigideces que, de manera no intencionada, aumenten la Desnutrición Relacionada con la Enfermedad

Si el texto definitivo logra ese equilibrio, estaremos ante un avance estructural relevante en la calidad del sistema sociosanitario español. Si no, corremos el riesgo de añadir normativa sin transformar realmente la práctica asistencial.

Ahora corresponde que el texto definitivo logre el equilibrio entre la necesaria estandarización y la imprescindible individualización clínica.

Solo así esta reforma será, verdaderamente, un avance estructural en la calidad asistencial de nuestros centros sociosanitarios.

AEHH

www.hosteleriahospitalaria.org

