

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Sobre la disponibilidad de alimentos para los pacientes atendidos en las instituciones de salud de breve estadía

Los ingresos que implican estadías breves en las instituciones hospitalarias suelen ocurrir durante la fase aguda de una enfermedad. En estas circunstancias, el paciente requiere el correspondiente tratamiento dietético, que debe ser personalizado y ajustado a sus requerimientos nutrimentales y la situación clínica en la que se encuentra envuelto, y que puede transitar desde el aporte de alimentos por vías no convencionales, como un acceso enteral; hasta una prescripción dietética balanceada, no restringida, al momento del alta hospitalaria. Se ha podido comprobar mediante encuestas conducidas en diferentes instituciones de salud que cerca del 40% de los enfermos ingresados necesitan de una dieta modificada en composición nutrimental y/o la textura y la consistencia de los alimentos, pero el resto no requiere cambios en los aportes diarios de alimentos, y por lo tanto, podrían beneficiarse de una dieta “básica”. Todo lo anterior justifica que se indague sobre el estado de la disponibilidad | oferta de alimentos que se le hacen al enfermo durante la hospitalización, y si la categoría de la institución de salud puede influir en ello.

La Tabla 1 muestra los resultados de la evaluación nutricional de los alimentos disponibles en las instituciones de salud que fueron encuestadas, de acuerdo con la categoría de la misma. Las cantidades disponibles de alimentos superaron las recomendaciones de energía y proteínas que se han establecido para el paciente. Las cantidades disponibles de energía alimenticia representaron el 113.0% de las recomendaciones establecidas. Por su parte, las cantidades de proteínas alimenticias significaron el 123.2% de las mismas.

Cuando se ajustaron según el perfil asistencial, las instituciones de salud no difirieron entre sí respecto de las cantidades disponibles de energía alimenticia: *Clínico-quirúrgicos*: 120.0%; *Pediátricos*: 120.0%; y *Gineco-obstétricos*: 101.1%; respectivamente. Iguales resultados se observaron respecto de la disponibilidad de proteínas alimenticias: *Clínico-quirúrgicos*: 117.0%; *Pediátricos*: 141.0%; y *Gineco-obstétricos*: 117.0%; respectivamente. Solo se llamaría la atención sobre una mayor disponibilidad de proteínas alimenticias en los hospitales pediátricos.

Cabe destacar que en los hospitales gineco-obstétricos la energía alimenticia disponible cubre (casi) estrictamente las recomendaciones para esta categoría nutrimental. De hecho, para recomendaciones iguales de energía y proteínas, los hospitales gineco-obstétricos dispusieron de cantidades menores de alimentos que los clínico-quirúrgicos. Siempre es conveniente que las cantidades disponibles de alimentos en una institución de salud, no solo satisfagan las recomendaciones avanzadas para asegurar el estado de salud del paciente hospitalizado, sino que además, las excedan en un monto razonable para evitar los riesgos de incumplimiento de las mismas debido a eventualidades y percances en los mecanismos de distribución y entrega. Cualquier contratiempo que ocurra tanto en la fecha de entrega de los alimentos asignados, como en la calidad de los mismos (y que obligue al decomiso y desecho) puede afectar la satisfacción de los requerimientos nutricionales del enfermo, y con ello, comprometer el estado nutricional y la respuesta al tratamiento.

Tabla 1. Estado de la disponibilidad de alimentos en las instituciones de salud de breve estadía.

Perfil asistencial	Recomendación	Disponibilidad	Adecuación, %
<i>Todas las instituciones</i>			
Número = 50			
Energía, kcal [¶]	2,200	2,485	113.0
Proteínas, g [¶]	66.0	81.3	123.2
<i>Hospitales clínico-quirúrgicos</i>			
Número = 33			
Energía, kcal	2,400	2,871	120.0
Proteínas, g	72.0	84.0	117.0
<i>Hospitales pediátricos</i>			
Número = 8			
Energía, kcal	1,800	2,162	120.0
Proteínas, g	54.0	76.0	141.0
<i>Hospitales gineco-obstétricos</i>			
Número = 9			
Energía, kcal	2,400	2,422	101.0
Proteínas, g	72.0	84.0	117.0

[¶] Promedio de las recomendaciones nutrimentales expuestas.

Fuente: Sistema VANIS.

Fecha de los registros: Primer semestre del 2005.

En el caso de las embarazadas, que sólo concurren al hospital para el acto del parto, una menor disponibilidad de alimentos no tendría mayores repercusiones, en virtud del breve tiempo que permanecen en la institución. Sin embargo, para aquellas que requieren de tratamientos dilatados en el tiempo, tanto antes como después del parto, las menores cantidades de alimentos disponibles (y por extensión, ofrecidas) pudieran no cubrir las necesidades individuales para la nutrición adecuada de la futura madre en un período tan importante para ella y el feto como lo es el previo al nacimiento, y para mantener una lactancia materna óptima, tras el parto y durante el tiempo que permanezca ingresada.

Sobre la oferta de alimentos para los pacientes atendidos en las instituciones de salud de breve estadía

El fenómeno alimentario reconoce, por un lado, la disponibilidad de los mismos y que podría entenderse como las cantidades que se entregan a la institución de salud para satisfacer las necesidades nutrimentales de los pacientes atendidos en ella durante un tiempo especificado por la frecuencia de la distribución; y el acto de la oferta, en el cual los alimentos disponibles se transforman en cantidades elaboradas y servidas diariamente para el consumo. Es entonces natural anticipar que una disponibilidad adecuada de alimentos se traduzca en la oferta correspondiente, de forma tal que se garantice el cumplimiento de las recomendaciones nutrimentales avanzadas por los cuerpos profesionales y las autoridades sanitarias, y así, el estado de salud y nutricional del enfermo atendido.

Tabla 2. Estado de la oferta de alimentos en las instituciones de salud de breve estadía.

Perfil asistencial	Recomendación	Oferta	Adecuación, %
Todas las instituciones			
Número = 47			
Energía, kcal [¶]	2,200	2,462	111.9
Proteínas, g [¶]	66.0	85.0	128.9
Hospitales clínico-quirúrgicos			
Número = 30			
Energía, kcal	2,400	2,484	103.0
Proteínas, g	72.0	75.0	104.0
Hospitales pediátricos			
Número = 8			
Energía, kcal	1,800	2,242	124.0
Proteínas, g	54.0	86.0	159.0
Hospitales gineco-obstétricos			
Número = 9			
Energía, kcal	2,400	2,662	111.0
Proteínas, g	72.0	94.0	130.0

[¶] Promedio de las recomendaciones nutrimentales expuestas.
Pacientes encuestados = 470.

Fuente: Sistema VANIS.

Fecha de cierre de los registros: Primer semestre del 2005.

La Tabla 2 muestra los resultados de la evaluación nutricional de los alimentos ofrecidos en las instituciones de breve estadía durante el tiempo estudiado. Las cantidades ofertadas de alimentos también superaron las recomendaciones de energía y proteínas que se han establecido para el paciente. Las cantidades disponibles de energía alimenticia representaron el 111.9% de las recomendaciones establecidas. Por su parte, las cantidades de proteínas alimenticias significaron el 128.9% de las mismas.

Cuando se ajustaron según el perfil asistencial, las instituciones de salud no difirieron entre sí respecto de las cantidades ofertadas de energía alimenticia: *Clínico-quirúrgicos*: 103.0%; *Pediátricos*: 124.0%; y *Gineco-obstétricos*: 111.0%; respectivamente. Iguales resultados se observaron respecto de la disponibilidad de proteínas alimenticias: *Clínico-quirúrgicos*: 104.0%; *Pediátricos*: 159.0%; y *Gineco-obstétricos*: 130.0%; respectivamente. Los hospitales pediátricos se destacaron por la mayor oferta hecha de energía y proteínas alimenticias.

Las cantidades ofertadas de alimentos en los hospitales pediátricos y gineco-obstétricos superaron las disponibles: *Energía*: *Pediátricos*: $\Delta = +4.0\%$ vs. *Gineco-obstétricos*: $+11.1\%$; y *Proteínas*: *Pediátricos*: $\Delta = +18.0\%$ vs. *Gineco-obstétricos*: $+13.0\%$. Las diferencias anotadas entre las cantidades de nutrientes disponibles y ofertadas en estas instituciones pudieran explicarse porque el estado de la disponibilidad se evaluó de los alimentos recibidos el mes anterior a la visita, en contraste con el examen de la oferta, que se hizo en el propio día de la visita.

Tabla 3. Estado de la disponibilidad de alimentos en las instituciones de salud de larga estadía. Los datos de disponibilidad de alimentos para los hogares maternos se refieren a los existentes en las 5 provincias orientales del país.

Perfil asistencial	Recomendación	Disponibilidad	Adecuación, %
Todas las instituciones			
Número = 66			
Energía, kcal [¶]	2,300	2,914	126.7
Proteínas, g [¶]	69.0	104.0	150.7
Hogares de ancianos			
Número = 19			
Energía, kcal	2,000	2,764	138.0
Proteínas, g	60.0	94.0	157.0
Hogares psiquiátricos y para discapacitados físicos y mentales			
Número = 12			
Energía, kcal	2,400	2,579	107.0
Proteínas, g	72.0	81.0	112.0
Hogares maternos			
Número = 35			
Energía, kcal	2,500	3,399	136.0
Proteínas, g	75.0	137.0	183.0

[¶] Promedio de las recomendaciones nutrimentales expuestas.

Fuente: Sistema VANIS.

Fecha de cierre de los registros: Primer semestre del 2005.

La alimentación en las instituciones de breve estadía repercute de forma importante sobre la capacidad del enfermo para responder a la enfermedad y la terapéutica instalada, sobre todo en aquellos que muestran al ingreso formas y grados variables de trastornos nutricionales. Hoy se comprende mejor que, no importa el exceso de peso, o el desmedro nutricional, el estado nutricional del enfermo es un determinante de complicaciones terapéuticas, respuestas inadecuadas, y costos incrementados. En un estudio multicéntrico completado en el país entre los años 2000 – 2001 en 12 hospitales de 6 provincias del país, y con una muestra de 1905 pacientes, se encontró que la frecuencia de desnutrición (medida ésta mediante la Evaluación Subjetiva Global de Detsky *et. al*) fue del 41.2%.¹⁶ Poco más de la décima parte de los enfermos examinados estaban gravemente desnutridos.¹⁶ La frecuencia de desnutrición se incrementó progresivamente a medida que se prolongó el tiempo de estadía intrahospitalaria: a las 24 horas del ingreso, esta frecuencia fue del 36.8%.¹⁶ Al cabo de 30 días de internamiento, había ascendido al 49.7%.¹⁶ Por otro lado, la cuarta parte de los enfermos encuestados mostraba un IMC ≥ 25.0 Kg.m⁻² (datos inéditos). Como consecuencia de todo lo anterior, una adecuada alimentación no sólo puede ayudar a evitar la ocurrencia de complicaciones en el paciente hospitalizado, sino que también contribuirá a una recuperación más rápida, disminuirá los costos del internamiento, y reintegrará a la sociedad en menor tiempo a los pacientes, ahora con una mejor calidad de vida. De ahí la necesidad de prestarle la debida atención al cumplimiento de las entregas de las cuotas de alimentos asignadas al centro, la óptima utilización de los alimentos entregados, y la atención personalizada a los pacientes que así lo requieran.

Tabla 4. Estado de la oferta de alimentos en las instituciones de larga estadía. En virtud del diseño de la investigación presente, no se evaluó la oferta de alimentos en los hogares maternos.

Perfil asistencial	Recomendación	Oferta	Adecuación, %
<i>Todas las instituciones</i>			
Número = 30			
Energía, kcal [¶]	2,200	2,542	115.5
Proteínas, g [¶]	66.0	80.5	122.0
<i>Hogares de ancianos</i>			
Número = 18			
Energía, kcal	2,000	2,466	123.0
Proteínas, g	60.0	78.0	130.0
<i>Hogares psiquiátricos y para discapacitados físicos y mentales</i>			
Número = 12			
Energía, kcal	2,400	2,618	109.0
Proteínas, g	72.0	83.0	115.0

[¶] Promedio de las recomendaciones nutrimentales expuestas.

Fuente: Sistema VANIS.

Fecha de cierre de los registros: Primer semestre del 2005.

Sobre la disponibilidad de alimentos para los pacientes en las instituciones de salud de larga estadía

Si importante es el servicio de la alimentación en las instituciones de breve estadía, no menos importante lo es en las instituciones de larga estadía, donde muchos de los allí internados pueden pasar años de su vida dentro de la institución, mientras que otros serían atendidos de por vida. Por tal motivo, la institución se hace totalmente responsable del estado de salud y nutricional, y la satisfacción de las necesidades vitales (nutrimentales incluidas) de las personas en ellas internadas.

La Tabla 3 muestra el estado de la disponibilidad de alimentos en las instituciones de larga estadía. La disponibilidad de energía y proteínas alimenticias superó el 110% de las recomendaciones, lo que puede calificarse como aceptable para la satisfacción de las necesidades de los pacientes atendidos en estos centros.

El aseguramiento de la disponibilidad de alimentos para los sujetos internados en los hogares de ancianos es estratégico para el mantenimiento a largo plazo del estado de salud de los mismos. Parte de las personas que son internadas en los hogares de ancianos, suman a las limitaciones propias de la edad, tanto físicas como fisiológicas, las consecuencias psicológicas del cambio de entorno y la ausencia de una red familiar y comunitaria. Todo ello hace que la alimentación, más que una necesidad para vivir, se convierta para ellos en un medio de relacionarse con la vida, a la vez que disfrutarla.

De acuerdo con los cambios demográficos que se espera ocurran en el país a muy corto plazo, la población cubana de la tercera y cuarta edades será mayoritaria. Por lo tanto, se requiere un enfoque multidisciplinario en la atención de este estrato demográfico, y dentro de él, la alimentación jugará un rol de primer orden.

Los pacientes institucionalizados en los hospitales psiquiátricos y los hogares para impedidos físicos y mentales requieren disponer de adecuadas cantidades y calidades de alimentos en la dieta regular, dado que la desnutrición en este tipo de población puede empeorar el deterioro físico y mental, y entorpecer la recuperación y la respuesta al tratamiento psicofarmacológico.

En los hogares maternos se recluyen por un tiempo considerable de duración del embarazo aquellas mujeres que, entre otros riesgos, presentan algún grado de deficiencia nutricional que puede culminar en un recién nacido de bajo peso.³⁴ En este sentido se hace necesario enmendar tales deficiencias a tiempo, máxime si la embarazada es, además, una adolescente. Por ello, más que las cantidades promedio disponibles de alimentos que sean percibidas como “excesivas” o “desmesuradas”, se requiere de un tratamiento dietético individualizado.

Sobre la oferta de alimentos para los pacientes en las instituciones de salud de larga estadía

La Tabla 4 muestra el estado de la oferta de alimentos en los hogares de ancianos, los hospitales psiquiátricos, y los hogares para impedidos físicos y mentales. Se comprobó que la oferta de alimentos superó el 110% de las recomendaciones, hallazgo calificado como satisfactorio. Luego, la oferta de alimentos (al igual que la disponibilidad de los mismos) cubrió ampliamente las recomendaciones promedio para estos pacientes, en el período de análisis.

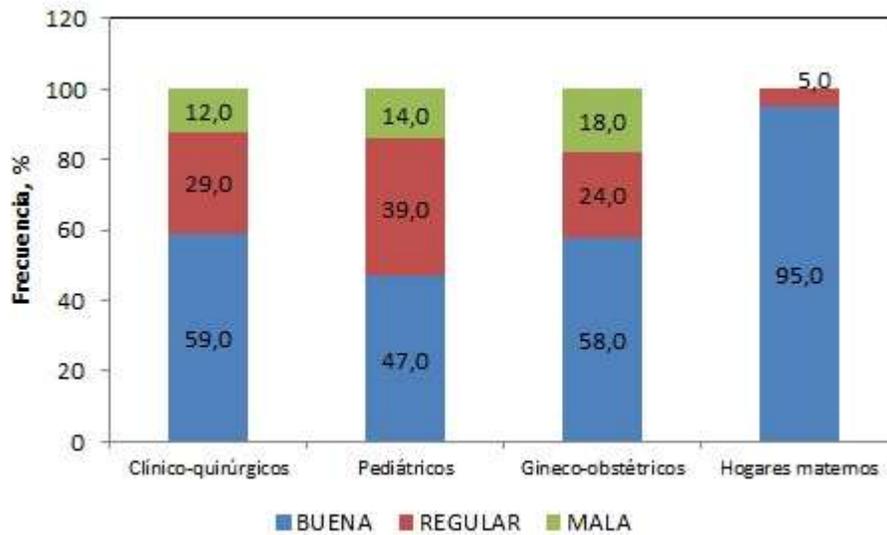
En los hogares de ancianos, la oferta de alimentos fue menor que la disponibilidad: *Energía*: $\Delta = -13.0\%$; vs. *Proteínas*: $\Delta = -27.0\%$. Por el contrario, en los hospitales psiquiátricos y los hogares para impedidos físicos y mentales, la oferta de alimentos superó la disponibilidad de los mismos: *Energía*: $\Delta = +2.0\%$; vs. *Proteínas*: $\Delta = +3.0\%$. En la primera de las situaciones, se deberán conducir otras investigaciones para examinar estas discrepancias, y si ellas repercuten sobre la calidad de los alimentos que se le ofrecen al enfermo internado, y el estado de salud y nutricional del mismo. En la segunda, es probable que las diferencias se expliquen por los momentos diferentes en que se analizaron estos procesos (a semejanza de lo que ocurrió en los hospitales gineco-obstétricos).

Sobre la calidad del servicio de alimentación en las instituciones de breve estadía y los hogares maternos

Las encuestas descritas más arriba sobre la disponibilidad | oferta de alimentos en las instituciones de salud del país se acompañaron de una tercera orientada a conocer la opinión del enfermo sobre la calidad del servicio de alimentación que recibe en el centro donde es atendido. Con tal propósito, se encuestaron 725 pacientes en instituciones de salud de breve estadía de 8 provincias del país (*Hospitales generales, clínico-quirúrgicos y especializados*: 63%; *Hospitales pediátricos*: 18%; y *Hospitales gineco-obstétricos*: 19%); y 362 embarazadas internadas en 35 hogares maternos de las 5 provincias orientales.

La Figura 1 muestra los resultados de la encuesta de opinión sobre la calidad del servicio de alimentación del centro de salud. En los hogares maternos, el 95% de las embarazadas encuestadas refirieron su satisfacción con el servicio de alimentación. Por el contrario, en las instituciones de breve estadía, casi la mitad de los encuestados estaba insatisfecha con la calidad del servicio recibido. Se debe hacer notar que el mayor porcentaje de respuestas insatisfactorias se registró en las mujeres encuestadas en los hospitales gineco-obstétricos, coincidentemente, las unidades que se destacaron por las menores cantidades disponibles | ofrecidas de alimentos.

Figura 2. Estado de opinión sobre la calidad del servicio de alimentación en las instituciones de salud.



Fecha de cierre: Segundo semestre del 2005.

Tamaño de la serie: 1,087. Instituciones de breve estadía: 725. Hogares maternos: 362.

El estado de opinión sobre la calidad del servicio de alimentación en los hogares maternos pudiera reflejar la apreciación que hace de la embarazada sobre los cuidados que se le brindan durante la estancia en el centro, alimentación incluida.³⁴ El hogar materno puede ser visto como una herramienta de intervención social y comunitaria en embarazadas que atraviesan precariedades familiares y domésticas. Luego, colocada en un ambiente protegido, y sujeta de acciones y cuidados de los que estaba enajenada, la embarazada respondería favorablemente sobre el servicio de alimentación que recibe. Tampoco se debe pasar por alto que los hogares maternos se destacan por la disponibilidad de alimentos, la supervisión continua de las actividades que desarrollan, y el número de internadas por unidad, lo que permitiría una mejor personalización de los cuidados de salud y alimentarios.

Por el contrario, el estado de opinión sobre la calidad del servicio de alimentación en las instituciones de breve estadía podría reflejar que no bastan elevadas cantidades disponibles | ofertadas de alimentos, si éstas no se convierten en un menú atractivo y palatable para el paciente.²⁴ Investigaciones ulteriores deben orientarse al examen de los procesos de elaboración y servido de alimentos en el hospital, y su impacto sobre los ingresos dietéticos del paciente, por un lado, y el estado nutricional y de salud, por el otro. Debe anotarse aquí que se han documentado las elevadas pérdidas de alimentos en el ámbito hospitalario debido a las fallas en los procesos de elaboración, servido y preservación.¹³

Tabla 5. Estado de la oferta de alimentos en los almuerzos para trabajadores en instituciones de salud. Las recomendaciones seguidas para la evaluación de la oferta de alimentos en cada frecuencia examinada fue como sigue: *Energía*: 900 kcal; *Proteínas*: 27 g; *Grasas*: 25g; e *Hidratos de carbono*: 142 g; respectivamente.

Categoría	Oferta [¶]	Rango [‡]	Adecuación, %
<i>Todas las frecuencias</i>			
Energía, kcal	619	329 – 776	68.8
Proteínas, g	29	11 – 43	107.4
Grasas, g	11	2 – 29	44.0
Hidratos de carbono, g	100	54 – 135	70.4
<i>Almuerzo</i>			
Energía, kcal	574	329 – 776	64.0
Proteínas, g	25	11 – 39	91.0
Grasas, g	12	2 – 29	47.0
Hidratos de carbono, g	90	54 – 135	63.0
<i>Comida</i>			
Energía, kcal	663	533 – 772	74.0
Proteínas, g	32	22 – 43	120.0
Grasas, g	9	4 – 15	38.0
Hidratos de carbono, g	110	82 – 132	78.0

[¶] Promedio de las cantidades de alimentos pesadas en las bandejas examinadas en 11 hospitales.

[‡] Valores mínimo y máximo de las cantidades estimadas de las categorías nutrimentales.

Tamaño de la serie: 55 bandejas examinadas.

Fuente: Encuestas realizadas en 11 hospitales de La Habana.

Fecha de cierre de los registros: Diciembre del 2004.

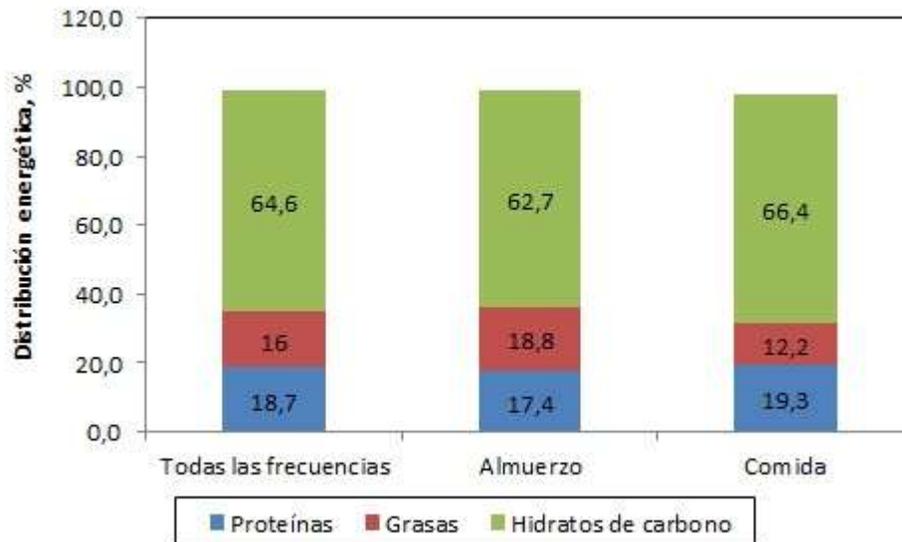
Sobre la oferta de alimentos para los trabajadores de las instituciones de salud

La Tabla 5 muestra el estado de la oferta de alimentos hecha en los horarios de almuerzo y comida, respectivamente, en los comedores para trabajadores de los 11 hospitales encuestados en la ciudad de La Habana. La oferta promedio de energía fue del 68.8%. La oferta de energía alimenticia fue similar para las frecuencias examinadas de alimentación: *Almuerzo*: 64.0% vs. *Comida*: 74.0% ($\Delta = -10.0\%$). Extendiendo este hallazgo, la oferta promedio de grasas fue menor del 50% de las recomendaciones, mientras que la de hidratos de carbono representó el 70%.

La oferta promedio de proteínas fue del 107.4%. La oferta de proteínas fue mayor en el horario de las comidas: *Almuerzo*: 91.0% vs. *Comida*: 120.0% ($\Delta = -29.0\%$). Las mayores cantidades ofrecidas de proteínas en las tardes pudieran explicarse por el menor número de comensales a atender en este horario.

La Figura 2 muestra la distribución porcentual de la energía alimenticia ofertada según la categoría nutrimental. Independientemente de la frecuencia de alimentación, la energía aportada por la oferta de grasas alimenticias solo representó el 16% del contenido energético total de la frecuencia examinada.

Figura 3. Estado de la distribución de la energía alimenticia ofertada en los comedores para los trabajadores en los hospitales examinados, según la categoría nutrimental.



Tamaño de la serie: 55 bandejas examinadas.

Fuente: Encuestas realizadas en 11 hospitales de La Habana.

Fecha de cierre de los registros: Diciembre del 2004.

Estado de la oferta de energía: Las cantidades ofertadas de energía alimenticia no satisficieron las recomendaciones establecidas, debido al aporte insuficiente de grasas e hidratos de carbono: los sustratos energéticos de la dieta humana. La energía alimenticia es requerida para el sostenimiento de las funciones corporales y la realización del trabajo físico. Por consiguiente, si la alimentación no proporciona la energía requerida, puede sobrevenir en el sujeto la disminución del rendimiento laboral, intelectual y físico, la apatía, y los cambios de conducta.

Los requerimientos de energía dependen de la actividad física que realiza el individuo. El Comité de Expertos de Energía de la FAO/OMS/UNU (2004) ha establecido 3 diferentes categorías de estilos de vida. Para el cálculo de las recomendaciones poblacionales de energía, se recomienda recurrir a un nivel “moderadamente activo” de actividad física, a fin de mantener la salud a largo plazo, por un lado, y reducir el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, por el otro.²⁸⁻³⁰ El propio Comité consideró que un trabajo es moderado cuando se permanece el 40% del tiempo sentado o de pie, mientras que el otro 60% se emplea en el completamiento de la actividad ocupacional especificada.²⁸⁻³⁰ Esta recomendación fue en la que se basó la propuesta hecha para la alimentación de los trabajadores en las instituciones de salud.^{23,25}

Estado de la oferta de proteínas: Unido a los aportes energéticos insuficientes de la alimentación del trabajador, se encontró que las proteínas estuvieron desproporcionadamente representadas en la dieta del trabajador. Es bien conocido que ingresos excesivos de proteínas en el marco de una dieta “hipocalórica” contribuye a empeorar el balance energético del organismo, dada la demanda de energía adicional que requieren los procesos de síntesis y catabolismo de las proteínas.²⁸⁻³⁰ Por otro lado, el relativo “exceso” de las proteínas respecto de los demás sustratos energéticos de la dieta pudieran implicar, no sólo que estas categorías nutrimentales no puedan cumplir las funciones plásticas que les son inherentes, sino que, debido a la procedencia de las mismas (aportadas por lo general por alimentos de bajo valor biológico como leguminosas y otros vegetales), la baja digestibilidad, y la complementaridad de los aminoácidos esenciales, puede ser necesario un incremento en las cantidades diarias a consumir.²⁸⁻³⁰

Estado de la oferta de grasas: Las grasas fueron las categorías nutrimentales menos representadas en la dieta del trabajador. Las escasas cantidades de grasas aportadas en el día de alimentación podrían causar una saciedad disminuida, a la vez que la poca palatabilidad de las preparaciones servidas.

Debido a que la cantidad de energía consumida en forma de grasa puede variar grandemente, aun cuando se cubran los requerimientos diarios de energía total, el Comité de Expertos de la FAO/OMS/UNU (2004) decidió no establecer estándares de ingestión para esta categoría, ni requerimientos de consumo para los adultos.²⁷⁻²⁹ No obstante, la ingestión mínima recomendada de grasas en la dieta para la mayoría de los adultos es del 15%, mientras que la máxima debería ser del 30%, con la excepción de aquellos con una actividad física muy intensa, en los que se recomienda un ingreso del 35%. De las grasas aportadas en el día de alimentación, al menos el 50% debe ser de origen vegetal.²⁸⁻³⁰ Los expertos coinciden, además, en recomendar una ingestión diaria de colesterol inferior a los 300 miligramos, y que menos del 10% de la grasa total sea en forma de ácidos grasos saturados.²⁸⁻³⁰

Estado de la oferta de hidratos de carbono: Los hidratos de carbono exhibieron un bajo porcentaje de adecuación en la dieta del trabajador, lo que contribuyó a que la energía recomendada no haya sido cubierta en las frecuencias examinadas de alimentación del trabajador. La frecuente ausencia de viandas y tubérculos (como la papa, la yuca, y el boniato) dentro del menú del trabajador influye en el hallazgo encontrado.

El establecimiento de estándares para la ingestión de carbohidratos constituye una de las novedades introducidas en las más actuales recomendaciones. Debido fundamentalmente a la dependencia del cerebro humano de los carbohidratos, se utilizó la cantidad promedio de glucosa demandada por este órgano para establecer un Requerimiento Estimado Promedio (EAR) para el ser humano.²⁸⁻³⁰ Las recomendaciones nutricionales vigentes en Cuba proponen que la contribución de los hidratos de carbono a la energía total consumida en el día se encuentre entre el 55 – 75%; y que de ellos, entre el 50 – 70% sean del tipo complejos digeribles.²⁸⁻³⁰ Los azúcares refinados no deberían exceder el 15% del contenido energético total diario.²⁸⁻³⁰

En el documento técnico “Guías Alimentarias para la población cubana mayor de 2 años” se señala que, dentro de los hábitos y actitudes dietéticas del cubano, el consumo de azúcar es excesivo, y suele representar entre el 20 – 25% de los requerimientos energéticos totales,³⁰ lo que traer consigo efectos nocivos para la salud de la población. Por tal motivo, el incremento de los hidratos de carbono totales debería ser a expensas de cereales y tubérculos, raíces feculentas y plátano.

Otras consideraciones

Las encuestas conducidas en los hospitales visitados también reportaron otros hallazgos no menos importantes para el diseño y desarrollo de una estrategia de mejoría de la calidad del servicio de alimentación. El menú que se le sirve a los pacientes en cumplimiento de la prescripción de una dieta “básica”, y la oferta que se le hace a los trabajadores es repetitivo y monótono, unas veces por la falta de ingredientes, otras por las fallas en la periodicidad de los ciclos de recibo de los alimentos, la falta del equipamiento necesario para determinadas operaciones dentro del proceso culinario, y muchas veces, por la falta de iniciativa, inventiva y creatividad con los recursos disponibles.