

# CÁNCER COLORRECTAL Y LA DIETA BASADA EN PLANTAS

Análisis de situación sobre protocolos  
nutricionales aplicados en pacientes  
de alto riesgo de CCR en Argentina.

Melina Antonella Tres  
Ma. en Políticas Públicas  
Tutor Ph. D. Daniel Maceira  
Universidad Torcuato Di Tella

## EL CÁNCER COLORRECTAL Y LA DIETA BASADA EN PLANTAS

### Análisis de situación sobre protocolos nutricionales aplicados en pacientes de alto riesgo de CCR en Argentina.

Año 2020.

#### CONTENIDO

Introducción.....	3
Una breve historia antes de comenzar.....	4
La salud y la alimentación en el mundo.....	5
Causas de enfermedad y muerte en Argentina.....	11
Cáncer Colorrectal (CCR) en Argentina.....	14
La mesa argentina.....	16
Propuesta de Trabajo.....	26
Metodología.....	27
Resultados.....	32
Análisis Comparativo de Políticas Públicas de Salud.....	40
Conclusiones del análisis de políticas comparadas.....	49
Escenario sanitario del CCR en Argentina.....	50
Abordaje médico y abordaje nutricional frente al CCR... ¿Cuestiones separadas?.....	62
Conclusiones.....	72
BIBLIOGRAFÍA.....	75

## Agradecimientos

A la vida, por esta segunda oportunidad.

A Daniel Maceira, por orientarme con tanta dedicación y darme la oportunidad de escribir este trabajo que sale de mis entrañas y experiencia personal.

A todas esas personas que me cuidaron mientras transitaba la enfermedad. A Tole por llevarme ese ramo de flores espectacular a la habitación (aunque no se podía). A Ro, por darme charla mientras se hacía un picnic con mate y sandwichitos al lado de la cama. A Romi por haber ido a trabajar después de haber dormido horrible en el sillón. A Maly por leerme un cuento y cuidar de Chicha, a Angie por ayudarme a dar los primeros pasos. A Ale, por dormir toda la noche en una bolsa de dormir en el suelo frío. A Fruta, por visitarme apenas se enteró que estaba internada en el mismo hospital que su abuela. A Dorita, por llevarme a casa con estilo y regalarme unas pantuflas bien rosas.

A las Pipis, por la contención. A Lore, Dani y Euge por ser de mis primeras visitas.

A mi incondicional compañero Valen, por inspirarme a ser cada día mejor y regalarme la foto de portada.

A mi gran Tato, por bancarse todos mis estados y permitir que le empape las chombas con mi llanto. A Belu, mi hermana del corazón, por ser la figurita repetida de mi vida y salir corriendo hasta para comprarme un camión.

Y a todos esos grupos de amigxs que me sostuvieron cuando la tormenta pasó.

A mi tía y mis terapeutas, que me llenaron de luz para emprender este camino de sanación a través de los alimentos.

A mi vieja y mi viejo. Por llenarme de amor, por enseñarme a lucharla y hacerme saber que aunque no estén en este plano, siempre va a volver a salir el sol.



## INTRODUCCIÓN

En 2018, el Cáncer significó la segunda causa de muerte en Argentina, y según el informe de *Perfiles de países de Enfermedades No Transmisibles* emitido por la Organización Mundial de la Salud, con un 20% del total de defunciones se ubicó sólo por detrás de las muertes por problemas cardiovasculares. Pero teniendo en cuenta el relevamiento realizado por el *Plan Nacional de Control del Cáncer 2018-2022*, se espera que para 2040 pase a ocupar **el primer lugar en cuanto a los índices de mortalidad en el país.**

Considerando los tipos de cáncer más prevenibles, el de mama es el que mayor número de casos representa a nivel nacional, pero contabilizando **la incidencia para ambos sexos, el Cáncer Colorrectal es el que referencia la mayor incidencia de todos los cánceres<sup>1</sup>**, lo que lo convierte en un problema sanitario de gran urgencia.

De acuerdo a la información brindada por Instituto Nacional del Cáncer, dentro de los factores causales y modificables de la enfermedad se encuentra la dieta, por lo que la intención de este trabajo es indagar a través de entrevistas personales **qué tipo de abordaje se le da a la enfermedad y cuál es el nivel de importancia asignado a la relación con una dieta basada en plantas.**

Para este fin, en la **primera parte** de esta investigación se realizará un recorrido a través de la evidencia empírica disponible, las estadísticas y proyecciones mundiales dando el marco teórico necesario para evaluar la relación dieta-CCR.

En la **segunda parte**, se hará una revisión de las políticas públicas que se implementan en 4 países: Inglaterra, Nueva Zelanda, Canadá y Uruguay.

En la **tercera parte**, a través de los testimonios de profesionales de la salud, el área gubernamental y la academia de la Argentina, se caracterizarán los planes de acción que se implementan para atender a la población objetivo. Esto supone dilucidar cuáles son los protocolos a seguir, si dentro de los métodos de prevención se toman efectivamente en cuenta las recomendaciones nutricionales, qué nivel de conocimiento existe sobre el impacto de la alimentación basada en plantas sobre la enfermedad y si se deriva a un seguimiento nutricional durante los tratamientos.

El enfoque se hará particularmente sobre el Cáncer Colorrectal, debido a que si bien es uno de los más prevenibles, la ausencia de campañas de concientización abona la dificultad de alivianar las cifras del 2° cáncer con más mortalidad a nivel mundial y en Argentina.

**Por último y para concluir**, se reflexionará sobre la importancia de crear una política pública considerando que, como las tasas de incidencia van en aumento, en especial en población joven, es necesario el armado de un **protocolo obligatorio de derivación nutricional ante la presencia de casos de alto riesgo y/o personas con diagnóstico de CCR**, tanto como medida de prevención como para disminuir la posibilidad de recaída.

---

<sup>1</sup> [www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia](http://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia)

## UNA BREVE HISTORIA ANTES DE COMENZAR...

*Cuenta la historia (o una de ellas) que hace mucho tiempo atrás, allá por la época de la colonización del continente americano, Cristóbal Colón en su tercer viaje hacia América del Sur, llevaba un abultado equipo de tripulantes traído directamente desde Portugal.*

*Por aquellos tiempos, el cargamento de comestibles debía ser no perecedero y lo más práctico posible para poder tener provisiones durante todo el largo tiempo de navegación. De este modo, no quedaban muchas más alternativas que llenar el cargamento de galletas.*

*Durante el viaje, tres de los marineros enferman de escorbuto, una de las enfermedades más comunes y letales de la época. Tan malo era su estado de salud, que expresan su último deseo: morir en tierra y no ser arrojados al mar.*

*Los moribundos fueron bajados a una isla desierta, siendo concedida su última voluntad.*

*Al año siguiente, la tripulación emprende la vuelta y al pasar por la misma isla, avistan unas personas pidiendo ayuda. Colón ordena ir en búsqueda de los naufragos y en cuanto se aproximan lo suficiente para el rescate, dan cuenta que eran los mismos tres portugueses que no sólo habían sobrevivido, sino se encontraban en un perfecto estado de salud.*

*Al no poder dar crédito de lo que veían, Colón les pregunta cómo habían hecho para sobrevivir, a lo cual los hombres le contestan que por instinto, comenzaron a tomar agua del arroyo, a comer los frutos tiernos de las plantas y aprendieron a pescar con lo que el ambiente les proveía.*

*Así fue como la isla recibió el nombre de "Curazao".*

## LA SALUD Y LA ALIMENTACIÓN EN EL MUNDO

Toda persona abocada a las políticas públicas debe tener en mente que para garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de todas las personas, es de suma importancia observar los fenómenos ocurrentes a nivel social, sus transiciones y registrar las dificultades que se anteponen para lograr tal fin. La necesidad de planificar acciones a largo plazo, interpela la capacidad de las y los decisores para cuantificar obstáculos y adelantarse a las contingencias que puedan surgir, con la intención de reducir al máximo posible los efectos no deseados en la población.

En este sentido, un eje fundamental para organizar los objetivos de urgencia humanitaria es la propuesta emitida por la *Organización de las Naciones Unidas*, en la cual se consensuaron **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible** con miras a lograr que todos los países del mundo mejoren sus expectativas por sobre el bienestar de sus ciudadanas y ciudadanos, garantizando determinados derechos fundamentales a través de una agenda que planifica prioridades dentro del período 2015-2030.

Entre los 3 primeros encontramos:

- 1) Erradicación de la pobreza.
- 2) Lucha contra el hambre.
- 3) Buena salud.

Desde cualquier perspectiva, estos 3 pilares deben ser considerados esenciales para la posibilidad de desarrollo de los restantes derechos. Personas que tengan dificultades para acceder a su alimentación, no contarán con buena salud, por lo que verán disminuidas sus capacidades de supervivencia en cualquier plano vital.

Según el balance de la 55° Asamblea Mundial de la Salud realizada en Ginebra, *“el hambre y la malnutrición siguen siendo algunos de los problemas más devastadores que enfrentan la mayoría de las personas pobres y necesitadas del mundo y continúan dominando la salud de las naciones más pobres. Casi el 30% de la humanidad está actualmente sufriendo una o más de las múltiples formas de malnutrición”* (Organización Mundial de la Salud; 2002).

Partiendo de esta declaración, según el estudio *“Global Burden of Disease Study 2013”*<sup>2</sup> en el que se analizaron y compararon los datos sobre los factores que ponen en riesgo la salud de habitantes de 88 países, en tan sólo 13 años (2000 a 2013), la desnutrición dejó de ser el principal inconveniente para pasar a serlo la malnutrición. **En poco más de una década, la obesidad y la malnutrición ocuparon la agenda sanitaria mundial.**

---

<sup>2</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685753/pdf/emss-65429.pdf>

Los resultados proyectados por este estudio indican un **incremento en los porcentajes de discapacidad, enfermedades no transmisibles, crónicas y bajas en la calidad de vida**. Mientras que en la década del 90 los problemas sanitarios reposaban en factores como la malnutrición infantil y maternal, falta de agua potable y lavado de manos, se halló que los dos impactos más grandes en la salud fueron los riesgos relacionados a la dieta y la presión alta. De esta manera, gran parte de las muertes mundiales se relacionan con una alimentación baja en calidad nutricional, afirmación que coincide con los resultados obtenidos en un estudio previo. “*The State of US Health, 1990-2010: Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factor*” (Murray, C. J.; 2009) declara que hasta **un 26% de las muertes pueden ser asociadas a una mala alimentación**.

En Mayo de 2019, la revista médica *The Lancet* publicó un estudio en concordancia con esta temática. “*Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*”<sup>3</sup> obtuvo resultados tales como que **en 2017, la dieta fue causal de muerte de aproximadamente 11 millones de personas y de 255 millones de discapacidades**. En primer lugar, esas muertes fueron atribuibles a enfermedades cardiovasculares y, **en segundo lugar, al cáncer**; por lo que se calcula que **una mejora en la calidad de la ingesta de alimentos, puede llegar a prevenir 1 de cada 5 muertes**.

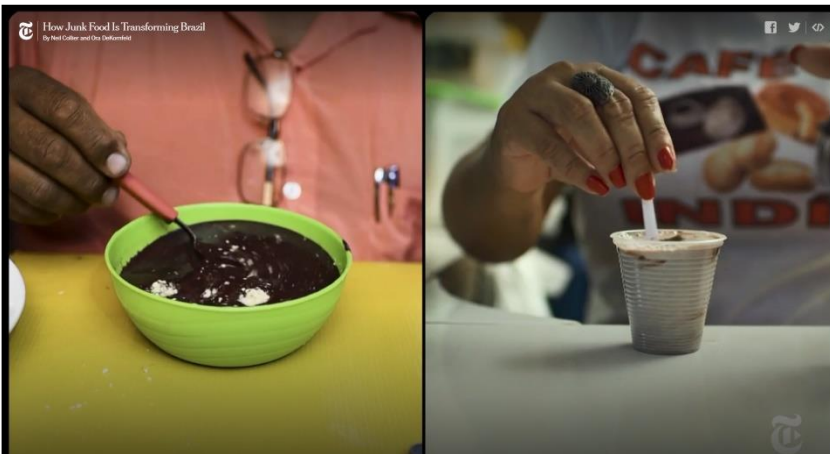
“*How Junk Food is Transforming Brazil*” es un corto realizado en Septiembre de 2019 por *The New York Times*, en el cual se relata cómo la producción de alimentos industriales ha cobrado presencia en la población rural brasileña al punto en que se evidencian cambios radicales en los hábitos de consumo de alimentos en cualquier rincón del país, hasta los más remotos.

Las imágenes reflejan estos cambios: mientras que anteriormente las comunidades más alejadas estaban logrando mantener una alimentación basada en alimentos frescos y recetas tradicionales, hoy en día empresas productoras de alimentos basados en fórmulas artificiales (en este caso puntual Nestlé), han logrado inmiscuirse en la diversidad de la cultura gastronómica brasileña de tal manera, que las estadísticas arrojan alrededor de 1 millón de personas obesas a nivel país.

La propuesta de este tipo de producción de alimentos basados en ingredientes de laboratorio, azúcar, sal y grasas, se hace presente dentro del mercado de consumo, provocando modificaciones en las preferencias de la población. Las capturas del documental grafican por sí solas estos cambios de los hábitos de consumo:

---

<sup>3</sup>[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)



FUENTE: <https://www.nytimes.com/video/international-home/10000005148449/junk-food-upriver-tbd.html>

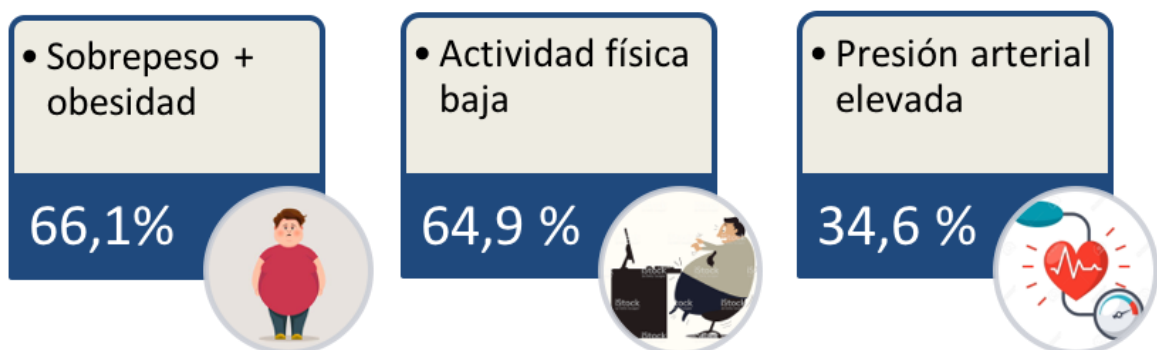


En el mismo sentido, en la encuesta *“Eat, drink & be healthy. How at-home consumption is changing”*<sup>4</sup> realizada en 2019 por la consultora especialista en tendencias de consumo Kantar World Panel, se utilizó una muestra de personas habitantes de 7 países en distintos continentes y se observó una tendencia hacia una **menor disponibilidad de tiempo para dedicar a la preparación de las comidas principales en los hogares**, por lo que la comida rápida prima por sobre la posibilidad de elegir los alimentos que se van consumir durante el día. Para agregar precisión a los datos, mientras que los momentos dedicados a las comidas realizadas dentro del hogar cayeron un 2% entre 2014 y 2018, los momentos de “picar algo” (*snacking* en idioma original) se ven incrementados. Dentro de esta categoría se puede nombrar el consumo de pan, galletitas, golosinas, chocolates y yogurt.

Otro factor interesante a observar es que **el tiempo de preparación y la diversidad de los ingredientes utilizados en los platos que reporta el grupo encuestado, se encuentran también en descenso**. Esto podría indicar que no son hechos meramente aislados, sino que para poder mantener una nutrición adecuada, un factor esencial (y escaso en el estilo de vida actual) es el tiempo que se invierte en la preparación de las comidas diarias, la manera en que se consumen y la variedad que en ellas se utiliza.

## ¿QUÉ SUCEDE EN ARGENTINA?

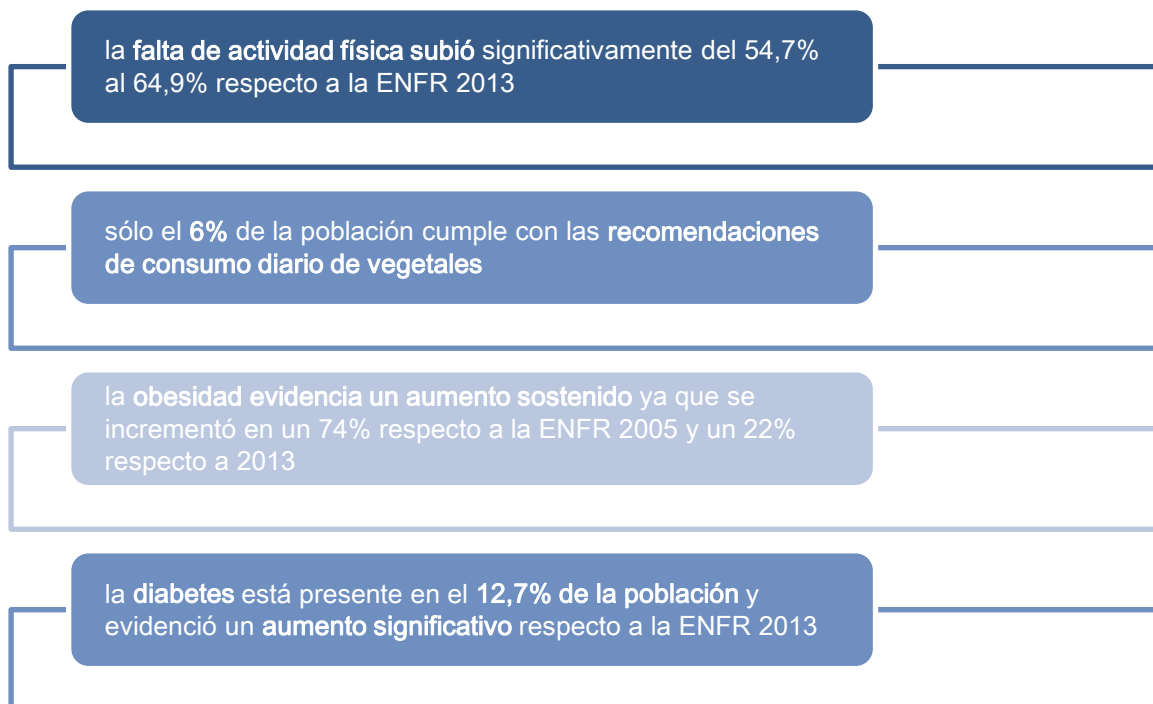
Según la *Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de 2019*, emitida por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación, los **3 primeros factores que afectan la salud** de la población argentina fueron:



<sup>4</sup><https://www.kantarworldpanel.com/mx/Noticias-/Eat-Drink--Be-Healthy>

Por lo tanto, esto indica que **6 de cada 10 personas adultas presentaron exceso de peso** (sobrepeso + obesidad) y como agravante, se evidencia un **aumento sostenido** desde la primera edición de la encuesta en 2005. Analizando los datos de manera más concreta, **la obesidad abarca ¼ de la población argentina**.

Trayendo más indicadores, en esta encuesta también se reporta que:



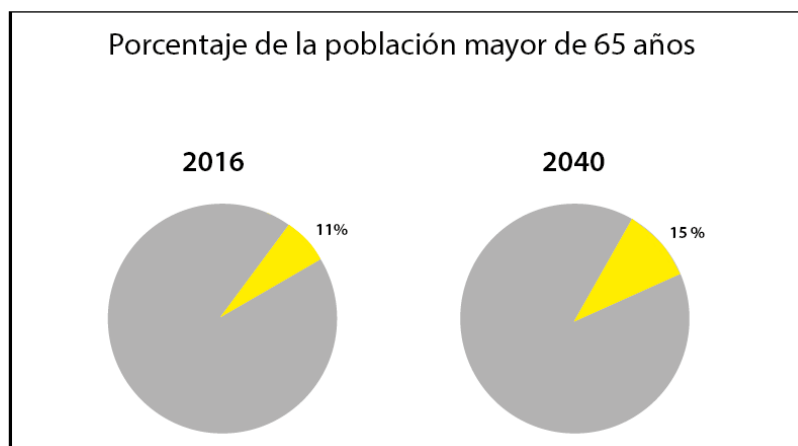
En el mismo sentido, en Septiembre de 2019 (después de 12 años sin disponibilidad de datos) se dieron a conocer los indicadores priorizados de la *2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*, también emitida por la Secretaría de Gobierno de Salud. El informe evidencia que **la obesidad** se está convirtiendo en un grave problema de salud, siendo los niños y niñas el grupo más vulnerable.

El **exceso de peso estuvo presente en el 41,1% de la población de entre 5 y 17 años**, por lo que **casi la mitad de niños, niñas y adolescentes de la Argentina registran un peso crítico**, siendo esto perjudicial para mantener un buen estado de salud y proyectar una buena calidad de vida futura.

## OTRO FACTOR RELEVANTE: EL CAMBIO DEMOGRÁFICO POBLACIONAL

En paralelo, otro fenómeno social que se espera para los próximos años es el cambio demográfico. Las proyecciones indican un **crecimiento exponencial de la población mayor de 60 años**, por lo que **desde 2010 a 2050 habrá 3 veces más de adultas/os mayores** que los que hay en la actualidad, y si se solapa con la baja en la tasa de natalidad, el escenario mundial presentará un **desbalance entre la proporción de personas envejeciendo por sobre las que nacerán**.

Según el *“Boletín vigilancia epidemiológica. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2018”*, publicado por la Secretaría de Gobierno de Salud de Nación en conjunto con el INC, **en el caso de Argentina, estos índices deberían ser tomados como alta prioridad ya que dentro de la región, ocupa el 3er. lugar en cuanto a las mejores expectativas de vida**, ubicándose sólo detrás de Cuba y Uruguay. Para los hombres, la expectativa trepa a 72,1 años y 78,8 años para las mujeres, registrándose un aumento sostenido desde el año 2001. En la siguiente infografía se reflejan las cifras esperables:



**¿Y cuál es el desafío que trae esta información? Si se superpone una población con tendencia a la obesidad como primer factor de riesgo, con patrones dietarios de baja calidad y envejecida, en 30 años la calidad de la salud de la población en general tenderá a empobrecerse.**

Citando un fragmento del informe de la *Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles 2018*, *“la obesidad, en particular entre los niños, va en aumento en todos los países, y se propaga con la mayor rapidez en los países de ingresos bajos y medianos. Está asociada a la aparición prematura de la diabetes o las cardiopatías; incrementa el riesgo de enfermedades no transmisibles, y puede invalidar muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a aumentar la esperanza de vida. Los gobiernos deben asumir la principal responsabilidad por la adopción de medidas,*

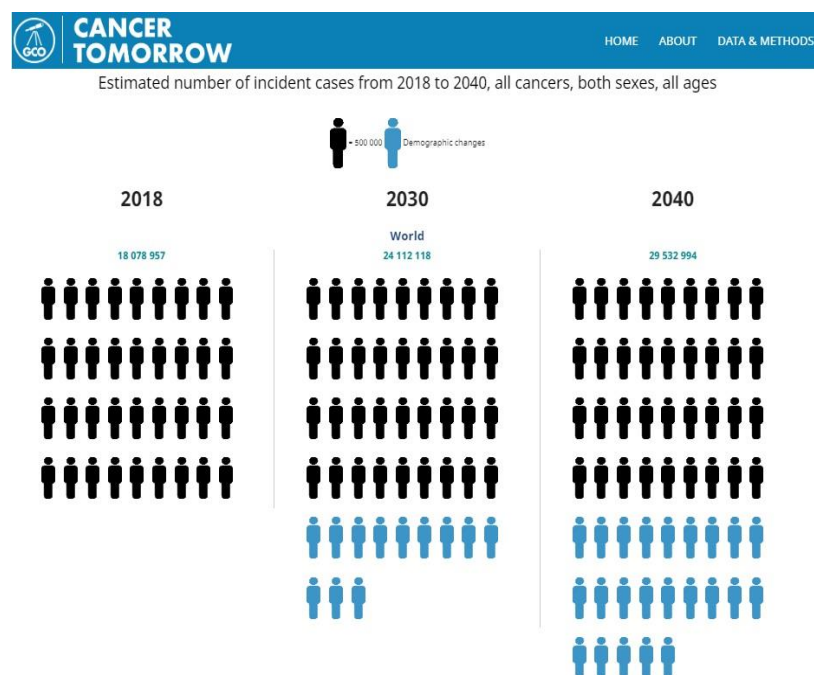
junto con otros agentes, a fin de generar un entorno propicio y promover la cobertura equitativa de intervenciones orientadas a reducir las dietas malsanas (con alto contenido de azúcares, grasas y sodio) y el sedentarismo en todos los grupos etarios”, por lo que para el universo de las políticas públicas, el desafío presente es generar acciones para que la longevidad pueda ser vivenciada de la manera más saludable y menos costosa posible.

## CAUSAS DE ENFERMEDAD Y MUERTE EN ARGENTINA

Las estadísticas de la OMS señalan en este mismo informe de 2018 de la Comisión sobre ENT que actualmente la mayoría de las muertes en el mundo ocurren a causa de enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. Según estimaciones provenientes de *International Journal of Cancer*, con aportes recabados del *Global Cancer Observatory (GCO)*, desde 2011 se vislumbra que el impacto de las enfermedades no transmisibles está incrementando a tal velocidad, que se espera que en las próximas décadas **el cáncer ocupe el primer lugar como causal de mortalidad, desplazando a las enfermedades coronarias e infartos.**

Con el fin de mejorar las estimaciones, la OMS junto con The International Agency for Research on Cancer (IARC) diseñaron la herramienta “Cancer Tomorrow”, en la cual se pueden observar de manera gráfica y cuantitativa las proyecciones futuras del cáncer.

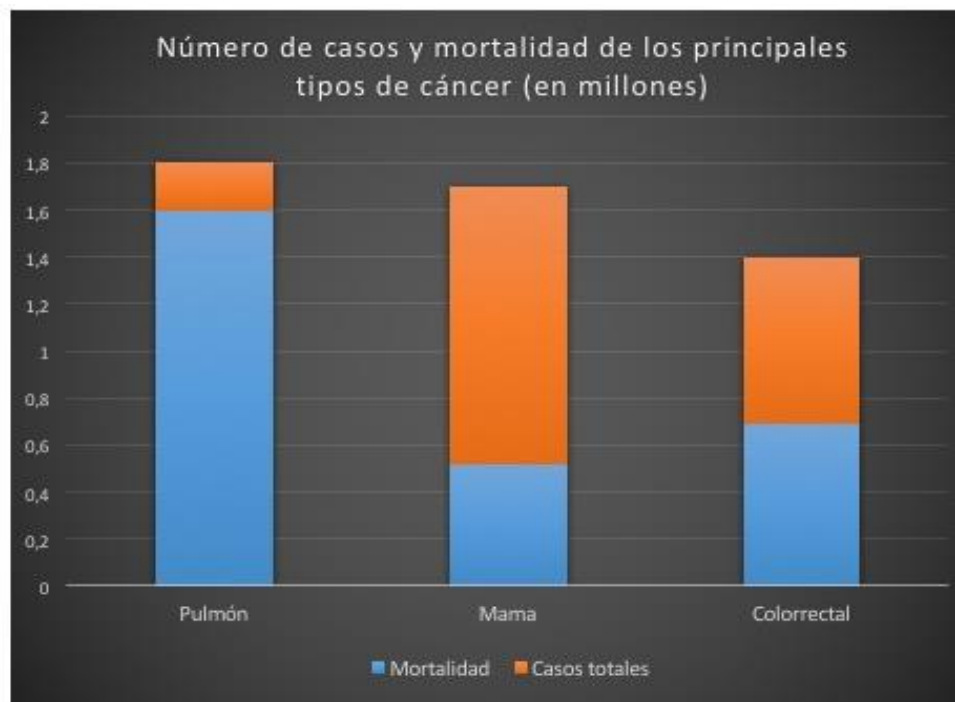
De esta manera, se espera que en un período de 22 años (2018- 2040) **la enfermedad aumente su incidencia en un 64%.**



FUENTE: <https://gco.iarc.fr/tomorrow/home>



Desagregando por tipos de cánceres más frecuentes, las estadísticas mundiales recolectadas por la OMS reflejan el siguiente ranking:



FUENTE: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

En cuanto a Argentina, se ubica en el rango medio-alto de incidencia en cuanto a índices de mortalidad por cáncer.

Teniendo en cuenta las cifras de defunciones emitidas por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) en 2020, si bien el número de muertes ocasionadas por problemas cardíacos es el más abultado, no es menor que el cáncer representa el 25% del total de las muertes ocurridas. Se puede observar además que dentro de esta cifra, los **tumores malignos figuran como principal causa de muerte dentro del rango etario 35-74**, lo que representa un **20% de la carga anual**. Es decir que a nivel nacional, la cantidad acumulada de personas que padecen cáncer en etapas tempranas es un hecho remarcable.

En la siguiente tabla se registra estos datos:

Tabla 2. Distribución de las principales causas de muerte en ambos sexos por grupos decenales de edades a partir de 35 años. Argentina, 2009

Todas las edades	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y más
Cardiovasculares	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Tumores malignos	Cardiovasculares
Tumores malignos	Accidentes, inclusive secuelas	Cardiovasculares	Cardiovasculares	Cardiovasculares	Tumores malignos
Respiratorias agudas	Cardiovasculares	Accidentes, inclusive secuelas	Cerebrovasculares	Cerebrovasculares	Respiratorias agudas
Cerebrovasculares	Respiratorias agudas	Cerebrovasculares	Respiratorias agudas	Respiratorias agudas	Cerebrovasculares
Insuficiencia respiratoria (otras causas)	VIH	Respiratorias agudas	Diabetes	Diabetes	Insuficiencia respiratoria (otras causas)

FUENTE: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>

Asimismo, en el documento publicado por la Secretaría de Gobierno de Salud sobre el lanzamiento del *Plan Nacional de Control del Cáncer 2018-2022*, las proyecciones indican que la enfermedad aumentará su incidencia un 24% para 2030 respecto a las cifras de 2018, por lo que para el 2040, se espera que ocupe el primer lugar en índices de mortalidad.

De esta manera, es importante destacar que dentro del marco lógico del documento se cita lo siguiente (pág. 14): *“el 40% de los cánceres podría evitarse con acciones preventivas: no fumar, hacer ejercicios en forma regular y mantener una dieta saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el tabaquismo es la principal causa evitable de cáncer en el mundo. Un gran porcentaje de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son prevenibles y comparten los mismos factores de riesgo. Se estima que los cinco principales riesgos para la salud están relacionados con el comportamiento y la alimentación: alto índice de masa corporal, bajo consumo de frutas y hortalizas, falta de actividad física, consumo de tabaco e ingesta excesiva de alcohol. Se estima que estos hábitos son las causales de cerca del 30% de las muertes por cáncer (...).”*

En la misma dirección, la web del Instituto Nacional del Cáncer también ratifica que la creciente tendencia mundial hacia la malnutrición y la consecuente obesidad, son hechos que están determinadamente relacionados con la proliferación de las enfermedades oncológicas, considerándose como el Factor de Riesgo número 1.

## CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN ARGENTINA

Si realizamos una desagregación por tipo de cáncer más frecuente, encontramos que para ambos sexos, el que posee una incidencia mayor es el Cáncer Colorrectal. Más de 15 mil casos son detectados cada año y representa el 13% del total de tumores encontrados en la población argentina.

Según el reporte emitido en 2014 por la OMS *"Cancer Country Profiles - Argentina"*, de las 35.400 muertes por corte Masculino, 12,2% corresponde a CCR; y de las 31.400 por corte Femenino, 11,6% corresponden a CCR. En consecuencia, casi **8 mil personas mueren anualmente a causa de este tipo de cáncer.**

La tabla adjunta a continuación grafica la situación:

SITIO TUMORAL	AMBOS SEXOS		VARONES		MUJERES	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Mama	21558	17,2	-	-	21538	32,6
Colon-recto	15692	12,6	8527	14,5	7165	10,8
Próstata	11600	9,3	11600	19,7	-	-
Pulmón	11595	9,3	7111	12,1	4484	6,8
Riñon	4889	3,9	3165	5,4	1724	2,6
Páncreas	4878	3,9	2302	3,9	2576	3,9
Cervix	4484	3,6	-	-	4484	6,8
Estómago	3980	3,2	2536	4,3	1444	2,2
Vejiga	3631	2,9	2789	4,7	842	1,3
Tiroides	3482	2,8	467	0,8	3015	4,6
Linfoma No-Hodgkin	3405	2,7	1938	3,3	1467	2,2
Encéfalo y otros SNC	3001	2,4	1587	2,7	1414	2,1
Leucemias	2934	2,3	1569	2,7	1365	2,1
Cuerpo de útero	2412	1,9	-	-	2412	3,6
Higado	2343	1,9	1364	2,3	979	1,5
Ovario	2330	1,9	-	-	2330	3,5
Esófago	2299	1,8	1505	2,6	794	1,2
Otros	12224	9,8	8103	13,8	4121	6,2
Total	125014	100,0	58883	100,0	66131	100,0

FUENTE: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>

Es importante destacar que como Argentina pertenece al corte de países que se catalogan como “*en vías de desarrollo*”, los recursos para la prevención y los tratamientos necesarios para combatir la enfermedad no llegan a cubrir las necesidades, siendo más difícil el alcance para las poblaciones más vulnerables. Las declaraciones de la ex ministra de Salud Bonaerense Zulma Ortiz, publicadas en Octubre de 2019 por la revista que trata temas de Responsabilidad Social *RSalud*, reafirma esta suposición ya que aclara que la partida presupuestaria de salud invertida para esta causa, no superaba el 0,23% del presupuesto total<sup>5</sup>.

Si bien el CCR se considera una enfermedad multicausal, con preponderancia en los factores medioambientales, al desagregar por factores causales de incidencia aparecen los siguientes:



---

<sup>5</sup><https://rsalud.com.ar/se-invierte-en-cancer-solo-el-023-del-presupuesto-total-de-salud/>



## LA MESA ARGENTINA

Año tras año, aumenta la relevancia de los estudios orientados a la nutrición y la prevención en salud debido a que *“los objetivos generales de las políticas de alimentos y nutrición deben mejorar la cantidad, calidad e inocuidad de los alimentos consumidos por la población, con el propósito de garantizar una dieta adecuada para todas las personas y confirmar una buena salud y un cuidado adecuado para todos. En nutrición existe la paradoja que el consumo excesivo de alimentos o de ciertos rubros alimentarios también lleva consigo un riesgo para la salud”* (Latham, M.; 2002).

Esta postura avalada por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), produjo que las recomendaciones nutricionales de los países haya sufrido modificaciones sustanciales para poder integrar las revisiones presentadas por la comunidad científica y en consecuencia, intentar corregir la conducta alimentaria de las poblaciones.

Se verá más adelante en el apartado de políticas comparadas que las guías nutricionales mundiales han tomado una dirección en esa dirección, por lo que han sido teñidas por apuestas que desafían las costumbres instaladas, a razón de que se ha puesto en conocimiento que el exceso de harinas, azúcar, sal y grasas son posibles generadores de enfermedades de todo tipo.

Según el aporte del equipo de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de Nación, toda guía de recomendación nutricional debe confeccionarse de acuerdo a los patrones de consumo y costumbres de cada país, por lo que el entrecruzamiento de datos de tendencias de consumo, situación clínica de la población e información nutricional, es de vital importancia. En primera instancia porque es estrictamente necesario conocer el escenario sanitario que se enfrenta, y segundo, para poder conocer el tipo de dieta que lleva la población y a partir de ello elaborar las recomendaciones.

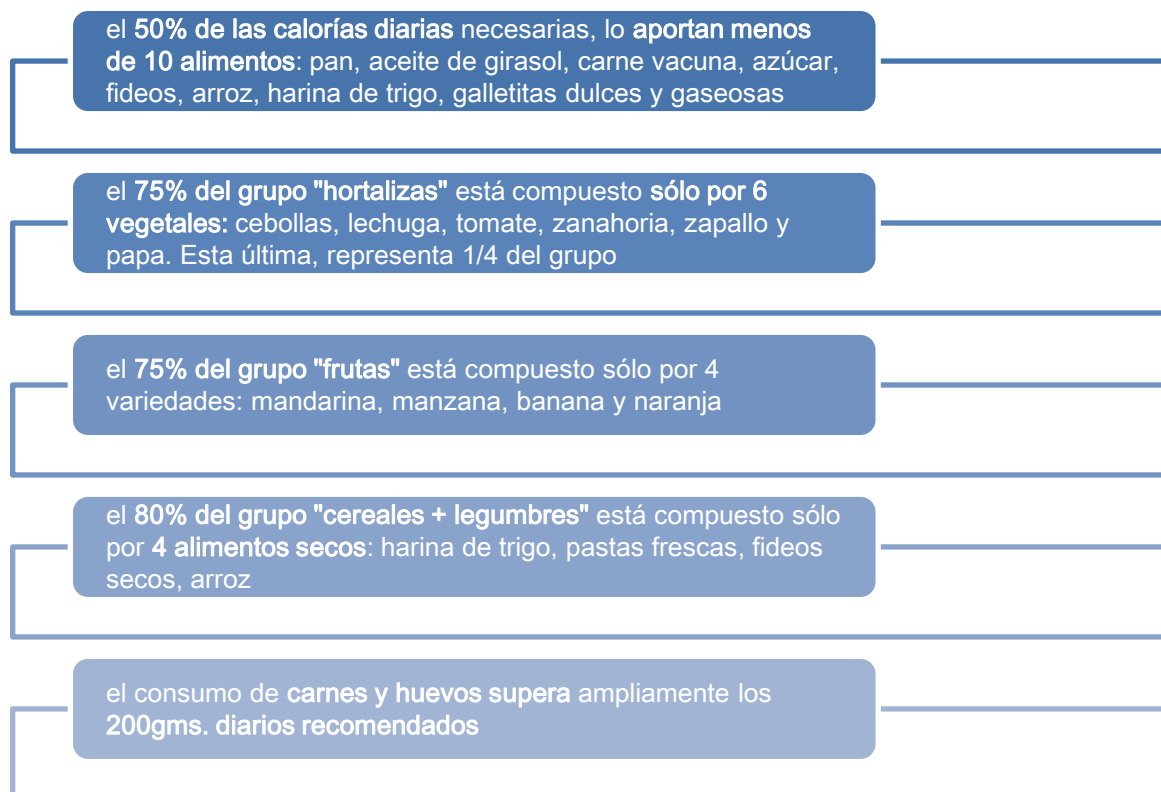
### ¿Y CUÁL ES LA RADIOGRAFÍA DE LA DIETA ARGENTINA?

El documento *“Consumo de alimentos fuente de micronutrientes en la población argentina: adecuación a las recomendaciones de las nuevas guías alimentarias”* publicado por el Centro de Estudios sobre Políticas y Economía de la Alimentación (CEPEA), deja en evidencia que la dieta argentina se

encuentra atravesada por un incumplimiento de las recomendaciones de la Guía Argentina para la Población Argentina.

Si se observa la frecuencia de consumo de alimentos del grupo catalogado como “alta densidad de nutrientes”, **más de la mitad de la población (entre 54% y 93%) registra bajos niveles de consumo de calidad;** y los alimentos con registro de ingesta más crítico son las hortalizas, cereales integrales, legumbres, granos y semillas.

Algunos datos relevantes extraídos del estudio *“La mesa Argentina en las últimas dos décadas: cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes 1996-2013”* realizado por el Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil (CESNI), reconocen la homogeneidad, la baja cantidad y calidad del consumo poblacional. Es así como se observa que:



A su vez, los resultados de la variación por grupo de alimentos en el período 1996-2013 muestran:

<b>BEBIDAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• La <b>caída del 40% en leche</b> contrasta con los registros de consumo de <b>gaseosas y jugos en polvo</b>, los cuales <b>se duplicaron</b>.</li><li>• En Argentina, se toma hasta <b>1 vaso de gaseosa por día</b>, lo cual va en contra de las recomendaciones de beber agua y bebidas azucaradas sólo en ocasiones especiales.</li></ul>	<b>VEGETALES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se registra una <b>caída en los consumos de todos los vegetales frescos</b>.</li><li>• <b>Aumento</b> del consumo <b>productos procesados</b> como el de tomate en conserva.</li></ul>	<b>FRUTAS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Caída</b> del consumo en <b>41%</b>.</li></ul>
<b>CEREALES Y LEGUMBRES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• En las últimas 2 décadas, ha <b>aumentado el consumo de tapas y masas frescas, fideos secos y arroz</b> en contraposición al registro de <b>consumo negativo de legumbres</b>, que se redujo a la mitad.</li><li>• Las <b>arvejas en conserva</b> se destacan entre los productos más consumidos.</li></ul>	<b>PANIFICADOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Los amasados de <b>panadería, pan envasado y galletitas dulces</b>, van ganando mercado por sobre la producción de pan fresco.</li><li>• Se <b>cuadruplicó el consumo de pizzas, tartas, empanadas y sándwiches</b>.</li><li>• La "comida rápida" se consume más frecuentemente dentro del hogar que fuera.</li></ul>	<b>CARNES</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Mientras que el consumo de <b>carne vacuna y pescado disminuyó</b>, el de productos <b>cárnicos semi elaborados se triplicó</b>.</li><li>• La carne picada es la que mayor grasa aporta, y a su vez es la que mayor consumo registra.</li><li>• A medida que <b>cae el ingreso</b> de los hogares, los <b>cortes con más grasa</b> son lo más consumidos.</li></ul>

Si bien el consumo de carne vacuna por persona viene sufriendo una caída desde 1980 (86,4 kg/hab) hasta 2019 (51,2 kg/hab)<sup>6</sup>, según el *Instituto de Promoción de la Carne Vacuna Argentina* actualmente la población consume más variedad de animales, por lo que cifra real de consumo cárnico asciende a 120kg/hab anuales, hecho que indica que comparándolo con los datos globales que emite la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en la mesa argentina se consume aproximadamente el doble que la media mundial<sup>7</sup>. Algo así como la misma cantidad de carne que Estados Unidos, 2do. país con más obesidad poblacional por detrás de China<sup>8</sup>.

<sup>6</sup>[http://www.ipcva.com.ar/estadisticas/vista\\_consumos\\_promedio.php](http://www.ipcva.com.ar/estadisticas/vista_consumos_promedio.php)

<sup>7</sup><https://misionesonline.net/2018/11/23/datos-del-ipcva-argentina-consume-doble-carne-paises-desarrollados/>

<sup>8</sup>[https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160401\\_salud\\_paises\\_mas\\_obesos\\_lb](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160401_salud_paises_mas_obesos_lb)

Según la base de datos de la Organización Sin Fines de lucro *Global Dietary Database*<sup>9</sup>, la cual se dedica a recolectar y generar información sobre las tendencias de consumo mundiales para una mejor toma de decisiones en cuanto políticas públicas nutricionales, como se indica en el extracto del gráfico de su página web, Argentina se ubica en el conjunto de valores extremos negativos de la escala en cuanto al consumo cárnico promedio mundial.



FUENTE: <https://www.globaldietarydatabase.org/our-data/data-visualizations/dietary-data-country>

Otra fuente de información pública que recolecta datos de consumo poblacionales son las fichas nutricionales elaboradas en 2014 por el área de *Nutrición y Educación Alimentaria* dependientes de la Secretaría de Agroindustria de la Nación, que siguiendo las recomendaciones mundiales, sugiere que **para mantener una alimentación saludable es necesario consumir al menos 5 porciones diarias de vegetales.**

Utilizando los cálculos referenciados por el *National Cancer Institute*, esto equivale a 20/30gms. de fibra diaria, por lo que una ingesta insuficiente puede ser causal de aproximadamente un 19% de los cánceres gastrointestinales, de un 31% de cardiopatías isquémicas y 11% de accidentes cardiovasculares.

Del mismo modo, esto también ha sido puesto de relevancia en el artículo anteriormente citado de CEPEA, ratificando que ***“se ha demostrado una correlación positiva entre el consumo de dietas adecuadas***

---

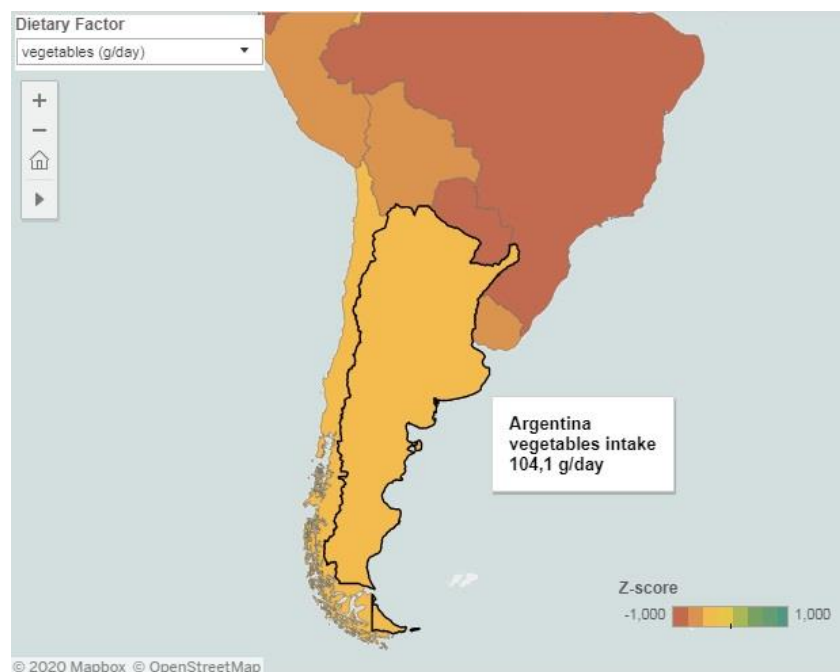
<sup>9</sup><https://www.globaldietarydatabase.org/>



*en frutas y verduras con menor riesgo de enfermedades crónicas, como enfermedad cardiovascular o algunas formas de cáncer*". También se hace mención a que el conocimiento científico recolectado hasta el momento aporta evidencia suficiente para que la alimentación se considere como una opción de intervención de alta prioridad para mejorar el nivel de inadecuación de la dieta en la población y posterior detección de enfermedades.

Considerando que la población argentina registra un promedio de ingesta de 1,9 de las 5 porciones diarias recomendadas<sup>10</sup>, si se cruzan los datos del consumo inadecuado con la tasa de incidencia de enfermedades a causa de una mala alimentación, el panorama es preocupante.

Así puede verse reflejado en otro de los gráficos relevados por *Global Dietary Database*, en donde la Argentina se ubica en la parte media baja mundial en cuanto consumo de vegetales.



FUENTE: <https://www.globaldietarydatabase.org/our-data/data-visualizations/dietary-data-country>

Reflexionando sobre los resultados obtenidos en el artículo *“Patrones de consumo de alimentos y bebidas según los ingresos del hogar de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) del año 2012-2013”*, se observa que si se compara el tipo de consumo entre los distintos quintiles poblacionales, a medida que aumentan los ingresos, la dieta se vuelve *“más selectiva, variada y económicamente más cara pero no necesariamente más racional desde el punto de vista del concepto de alimentación saludable”*, por lo cual para el grupo de autores de este estudio, los hábitos alimenticios

<sup>10</sup>[http://www.alimentosargentinos.gov.ar/HomeAlimentos/Nutricion/fichaspdf/Ficha\\_33\\_fibraAlimentaria.pdf](http://www.alimentosargentinos.gov.ar/HomeAlimentos/Nutricion/fichaspdf/Ficha_33_fibraAlimentaria.pdf)

adquiridos durante los últimos años *“pueden tener importantes consecuencias en la calidad nutricional de la alimentación de los argentinos”* (Bertollo, M., et al; 2015).

Una pregunta que puede ayudar a comprender cómo es que se llega a esta situación de malnutrición es **“¿cuándo es que se comienza a adoptar malos hábitos alimenticios?”**.

*ABCDieta*<sup>11</sup>, estudio elaborado por CEPEA en 2017, concluye que a partir de los 2 años de edad comienza la etapa de socialización de niñas y niños con los alimentos consumidos por el resto de la familia, por lo que en ese momento decrece la calidad de la dieta. Es más, se concluye que el pico crítico se da en la etapa de la adolescencia, momento en que se registra gran consumo de lo que se denomina “comida rápida” (pizza, empanadas, carne y panificados). Además, la tasa de consumo de bebidas azucaradas en la niñez duplica la de las personas adultas.

Al desglosar los datos de la dieta, **sólo el 30% de las calorías que consume la población argentina proviene de alimentos no envasados**, por lo que hay una marcada ausencia de alimentos frescos, los cuales son los grandes protagonistas para alcanzar una mejor nutrición. En base a estos datos, CEPEA remarca la necesidad de establecer políticas públicas en torno a estas temáticas, priorizando el enfoque hacia una resignificación de la dieta en los primeros años de vida, al menos hasta finalizada la escolaridad, ya que los hábitos adquiridos en las primeras etapas de la vida condicionan las elecciones a futuro.

Según un artículo de la revista “Caras y Caretas”<sup>12</sup>, las instituciones escolares poco colaboran con la causa debido a que *“apenas 2 de cada 10 escuelas ofrecen frutas frescas, y el 25% de los estudiantes manifestó recibir en su colegio alguna bebida azucarada”*. Sintetizando en base a las declaraciones que brindó en una entrevista en agosto de 2018 para el Diario Clarín Sergio Britos (experto en alimentación y referente de CEPEA), *“comemos poco de lo bueno y mucho de lo malo”*<sup>13</sup>.

## ¿QUÉ HAY DE IMPORTANTE EN LA FIBRA?

Yendo a conceptos un tanto más técnicos, la fibra es la protagonista de la correcta estimulación de las vellosidades que se encuentran dentro del intestino, las cuales ayudan a absorber nutrientes y desechar desperdicios. Un consumo suficiente de alimentos ricos en fibra alienta a que estas vellosidades trabajen de mejor manera en el proceso de absorción, favoreciendo la proliferación de las bacterias buenas presentes a lo largo del sistema digestivo, contrarrestando la generación de las malas gracias a que la materia fecal

---

<sup>11</sup><https://www.diariodecuyo.com.ar/salud/Un-tercio-de-ninos-y-60-de-adultosmantienen-una-dieta-de-baja-calidad-20190901-0114.html>

<sup>12</sup><https://carasycaretas.org.ar/2019/10/30/la-crisis-de-la-malnutricion/>

<sup>13</sup>[https://www.clarin.com/sociedad/dieta-problema-edad-argentinos-comemos-mal-toda-vida\\_0\\_-4gsoCHhs.html](https://www.clarin.com/sociedad/dieta-problema-edad-argentinos-comemos-mal-toda-vida_0_-4gsoCHhs.html)

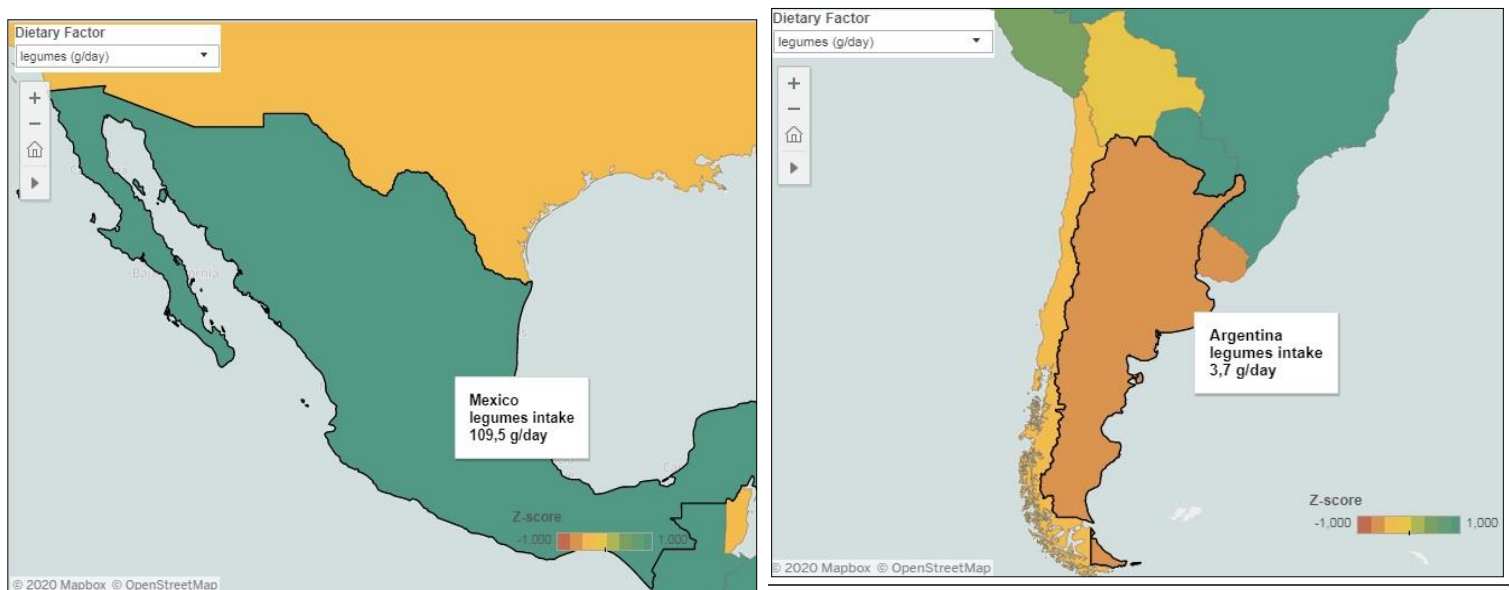
permanece por menor tiempo dentro del organismo. Como consecuencia inmediata, se acelera el tránsito intestinal, eliminando rápidamente los desechos orgánicos.

Por el contrario, los alimentos bajos en fibra permanecen más tiempo dentro del organismo, envían nutrientes de menor calidad al torrente sanguíneo, ocasionando que las bacterias poco beneficiosas de la flora intestinal se reproduzcan a mayor velocidad, y en lo que incumbe a este trabajo, el bajo consumo de fibra provoca que la mucosa del colon tenga contacto más prolongado con potenciales agentes carcinogénicos.

El consumo de alimentos desprovistos de energía vital y que se distancian de su estado más natural, traen aparejados niveles de riesgo aumentado debido a que 2/3 del sistema inmunológico está situado a lo largo del tracto digestivo (Moritz, A; 2005), el cual se encarga de repartir esos nutrientes al resto del organismo para nutrir las defensas.

El médico estadounidense Michael Greger, investigador de la relación nutrición-enfermedades, evidencia que en las regiones latinoamericanas en donde se consume mayor cantidad de frijoles (por ej. México y Brasil), las tasas de diversos cánceres (entre ellos el CCR) tienden a ser más bajas. Una de las razones que se atribuye a esta baja, es que la tradición de consumo de legumbres de estas poblaciones posibilitan que las buenas bacterias del intestino tomen la fibra, se formen pequeñas cadenas de ácidos grasos y disminuyan el proceso inflamatorio del organismo, mecanismo que actúa como advertencia cuando hay presencia de alguna amenaza para la salud<sup>14</sup>.

### Consumo comparativo de legumbres entre México (109,5 g/día) y Argentina (3,7 g/día)



<sup>14</sup><https://nutritionfacts.org/2019/06/11/whats-the-secret-to-latino-longevity>

Asimismo, se registra que las tasas de mayor incidencia del CCR se reparten entre Australia, Nueva Zelanda y Estados Unidos, con un promedio de 40 casos cada 100 mil/hab. y las más bajas en los países de África Occidental con un promedio de 5 casos cada 100 mil/hab. (Ferlay et al; 2012). Algunos estudios señalan la relación existente entre las grandes cantidades de fibra y baja ingesta de productos de origen animal que este tipo de culturas traen consigo históricamente en sus dietas y que en consecuencia, inciden en bajas tasas de CCR (Dawn Williams et al; 2010).

Por ejemplo, Japón se caracteriza de por sí por tener una expectativa de vida por encima de la media mundial, pero el caso de la **isla de Okinawa** es tan particular, que ha sido objeto de estudio de un artículo científico propio con la intención de **entender la razón por la cual sus habitantes además de ser longevos, tienen bajas tasas de incidencia en cuanto a enfermedades que se relacionan con el incremento de la edad, como el cáncer, las cardiovasculares o el Alzheimer**. El estudio enfatiza en que la clave de la buena salud de esta comunidad reposa en el tipo de dieta que llevan: el **96% de sus platos están basados en vegetales** y se alimentan con baja cantidad de proteína que proviene mayormente del consumo de pescado (Craig Willcox, D; et al; 2017).

Pero en dirección contraria, *“la tasa de cáncer de colon y recto entre la población japonesa ha aumentado entre los que han emigrado a Estados Unidos y más recientemente también como consecuencia de los cambios experimentados en la dieta japonesa”* (Pérez Rodrigo, C; 2006) por lo que especialistas sostienen que el cambio de dieta puede brindar alguna explicación a este fenómeno.

Los **primeros esbozos sobre el vínculo entre Cáncer y alimentación se dieron por la década del '60**, en donde los estudios experimentales comenzaron a barajar la posibilidad de que las carnes, las grasas y los derivados de animales se vinculaban con una tendencia incidente respecto el CCR, el cáncer de mama, la arterioesclerosis. En contraposición, se observó que el **consumo de vegetales cumple una función protectora en el intestino** para contrarrestar la gestación de la enfermedad (Pelayo Correa; 1981).

En otro estudio que data de 1976, se analizó a lo largo del tiempo el estado de salud y hábitos dietarios de 2 cohortes distintas de enfermeras y enfermeros de los Estados Unidos (Zheng, Y; 2019). Mediante cuestionarios, se pudo registrar que para el **consumo de carne roja procesada y no procesada, el aumento de al menos la mitad de una porción por día significó un riesgo aumentado de mortalidad de un 13% y un 9%, respectivamente**. La población del estudio fue elegida especialmente porque se considera que este grupo de trabajadores de la salud desempeña su trabajo en un ambiente “obesogénico”, debido a la pobre oferta gastronómica que se brinda en los hospitales.

Continuando con el caso de las carnes rojas y procesadas, un reporte emitido por *The International Agency for Research on Cancer (IARC)* cuantifica el riesgo: **consumir una porción diaria**



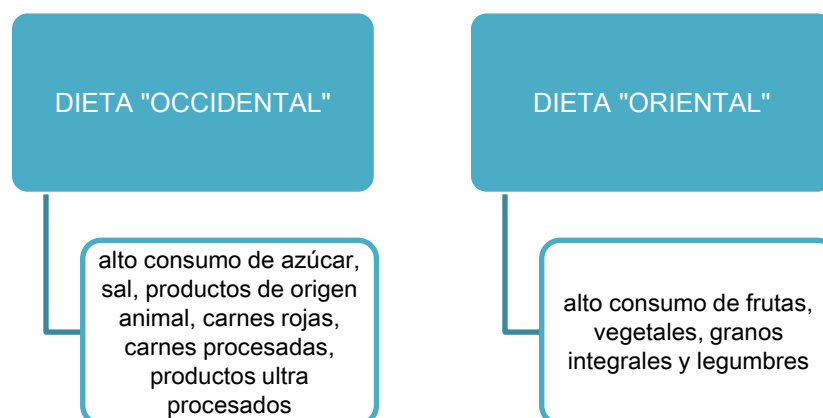
**de 50gms. de carne roja, incrementa un 18% la posibilidad de desarrollar CCR** (Bouvard, V; et al; 2015).

De esta manera, la OMS recomienda consumir porciones moderadas de carnes y derivados de animal, enfatizando que el consumo de grasas totales debe ser menor al 30% del consumo diario<sup>15</sup>.

Según las declaraciones de José Graziano da Silva, Director General de la FAO en el simposio *“El futuro de la alimentación”* realizado en 2019, se transmitió que como organización líder, tienen la enorme responsabilidad de *“cambiar el enfoque y pasar de producir más alimentos a producir más alimentos saludables. (...) Además, el aumento de la prevalencia de la obesidad entre 2000 y 2016 ha sido más rápido que el del sobrepeso en todos los grupos de edad. También, casi 2.000 millones de personas padecen carencias de micronutrientes”*<sup>16</sup>, que en gran parte es consecuencia del consumo desmedido de alimentos ultraprocesados.

Uno de los avances más importantes en esta materia se dio en 2002 por parte de European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC), grupo de especialistas en salud de distintas regiones de Europa Occidental, la cual inició una investigación con el objetivo de describir la diversidad de la dieta de 10 países: Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Noruega, España, Suecia, Holanda e Inglaterra. Lo que lograron fue sentar las bases de los patrones alimentarios de las poblaciones enumeradas, lo cual funcionó como aliciente para poder proyectar posteriormente investigaciones que ayuden a encontrar una relación más estrecha entre cáncer y formas de alimentación, entre otras enfermedades.

Para el propósito de este trabajo, se tomará la definición utilizada (pero no exclusiva) por *The Journal of Nutrition – Oxford Academic*, la cual distingue en dos categorías la manera en que se alimenta una parte de la población mundial:



<sup>15</sup>[https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy\\_diet\\_fact\\_sheet\\_394.pdf?ua=1](https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthy_diet_fact_sheet_394.pdf?ua=1)

<sup>16</sup><http://www.fao.org/resources/infographics/infographics-details/es/c/429903/>

En el libro *“Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis”*, la antropóloga Patricia Aguirre analiza la forma en que se alimenta a la humanidad y reflexiona que *“como humanos no comemos nutrientes sino comida. Para ser comida, los nutrientes deben estar organizados según las pautas culturales que los hagan comprensibles, deseables, en fin: comestibles”*, porque comer es un acto social. Como la población mundial ha incrementado en 40 veces los últimos 4 mil años, azúcar, grasa y sal comienzan a ser aditivos de la industria para lograr la conservación, mejorar la transportabilidad y vender a las grandes masas que se asientan mayoritariamente en las urbes. Por lo tanto, los alimentos dejaron de ser buenos para comer y pasaron a ser mejores para vender.

Concluyendo este hilo de ideas: si se combina el patrón de *dieta occidental* con las crecientes tasas de envejecimiento poblacional y el aumento en las tasas de CCR, el panorama sanitario de las generaciones próximas presentará serias dificultades en tanto se siga omitiendo este tipo de información.

## PROPUESTA DE TRABAJO

El objetivo que guía este trabajo de investigación es poder **identificar y caracterizar qué tipo de abordaje se implementa en el sistema de salud de Argentina respecto a las poblaciones de alto riesgo de CCR**. Asimismo, se buscará recoger evidencia sobre si dentro de los protocolos de tratamiento establecidos se tiene en **consideración un seguimiento nutricional basado en plantas**.

A tal fin, en esta **segunda parte** se relevará la información oficial brindada por las áreas de Gobierno competentes de la Argentina, para **identificar cuáles son las políticas de CCR y nutricionales vigentes**. Luego, se revisarán las **políticas públicas de otros países con el fin de realizar un análisis comparativo** y de este modo, poder detectar si existe alguna **vinculación entre políticas de CCR y recomendaciones sobre alimentación** que se pueda tomar como referencia.

En la **tercera parte**, a través de los testimonios de especialistas, se realizará un **análisis situacional** en pos de indagar en profundidad sobre el **tratamiento que se le da al CCR en el sistema sanitario argentino**, teniendo en cuenta las tendencias y características de la enfermedad, y el escenario nutricional de la población presentados anteriormente.

Por último, se **concluirá** con una serie de reflexiones y sugerencias que buscarán **generar evidencia e interrogantes en cuanto al abordaje** que se le da actualmente al CCR, para repensar estrategias que cumplan con el seguimiento de las dos poblaciones detectadas que enfrentan un mayor nivel de vulnerabilidad en cuanto a la incidencia del CCR:

- **Jóvenes con riesgo aumentado** de CCR por antecedentes.
- Pacientes con **diagnóstico de CCR**.

### **¿Por qué la elección de estas dos poblaciones?**

Ante una expectativa de vida que se alarga y el crecimiento exponencial de la enfermedad, ambas poblaciones deberán ser atendidas con prevención nutricional para:

- 1) **Reforzar la información de prevención** en poblaciones de riesgo.
- 2) **Alivianar la carga del sistema de salud** considerando que un mejor estado de salud podría bajar la necesidad de estudios de seguimiento frecuentes.
- 3) Reducir las probabilidades de:
  - i) contraer la **enfermedad en población joven**.
  - ii) **recurrencia en personas con diagnóstico**, contribuyendo al aumento de las tasas de supervivencia después de los 5 años.

- 4) Mejorar **la calidad de vida** de los dos grupos de riesgo. En el caso de diagnóstico, mejorar el pronóstico durante el tratamiento y una vez otorgada el alta.
- 5) Producir un **efecto contagio ante el cambio de estilo de vida** en las personas que rodean a las personas con diagnóstico de CCR.
- 6) Mejorar las **tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad del CCR** en ambas poblaciones.

## METODOLOGÍA

### POLÍTICAS PÚBLICAS COMPARADAS

A continuación se realizará un relevamiento de la información pública brindada a través de las páginas web oficiales de las entidades gubernamentales de salud de Inglaterra, Nueva Zelanda, Canadá y Uruguay para caracterizar el tipo de abordaje que se recomienda desde cada área de Gobierno.

Con el propósito de realizar un análisis de política comparada, los 4 países fueron seleccionados porque comparten la misma tendencia hacia la dieta “occidental”, poseen similares tasas de incidencia/mortalidad de CCR y tienden a la convergencia de un sistema nacional de salud.

Los ejes de relevamiento para cada caso en particular son:

CASO DE ESTUDIO	FUENTE	EJES DE ANÁLISIS
. INGLATERRA . NUEVA ZELANDA . CANADÁ . URUGUAY	Página web oficial Entidad de Gobierno de Salud	Indicadores de incidencia y mortalidad de la enfermedad.
		Revisión de la Sección de CCR.
		Indicaciones para prevención, detección, tratamiento, seguimiento, soporte nutricional.
		Existencia de guías para el CCR con las recomendaciones. Actualizaciones.
		Revisión de políticas nutricionales. Vinculación con CCR.

## ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO

Se realizaron entrevistas individuales a partir de una guía semiestructurada de preguntas abiertas a las y los distintos profesionales del área de la salud (hospitales públicos y privados), academia y ámbito gubernamental, referentes en sus ámbitos, para observar y poder caracterizar en campo las valoraciones y observaciones de las y los distintos actores sobre:

1. Escenario sanitario del CCR.
2. Tipo de abordajes/intervenciones aplicados a pacientes de alto riesgo/con diagnóstico de CCR.
3. Articulación con nutrición y percepción de la importancia de la dieta.
4. Nivel de conocimiento sobre los beneficios de la dieta basada en plantas sobre el CCR.
5. Rol del estado y campañas de concientización.
6. Posibilidad de aplicación de protocolos nutricionales obligatorios para prevención en pacientes de alto riesgo y mejora del pronóstico de pacientes con diagnóstico de CCR.

Las entrevistas fueron estructuradas mediante distintas guías de preguntas, con tópicos específicos adaptados a cada disciplina diferenciada y que se describen en la siguiente tabla:

GOBIERNO		
ESPECIALIDAD	EJES TEMÁTICOS GENERALES	EJES PARTICULARES
. Página web del Ministerio de Salud de Nación.  . Programa de Alimentación Saludable - Enfermedades Crónicas No Transmisibles.  . Instituto Nacional del Cáncer.	. Escenario de la salud pública.	. Situación nutricional argentina. . GAPA. Tendencias de consumo. . Relación enfermedades-dieta. . Cáncer y alimentación. . Prevención basada en la alimentación consciente. . Consumo de carnes-CCR.
	. Programas estatales y abordajes.	. Programas nacionales de prevención del cáncer. Implementación. . Articulación distintos niveles de gobierno en salud. . Rol del Estado. Prevención. Campañas. . Acciones a futuro. . Consideraciones ante la ausencia de prioridad sanitaria del CCR.

PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD		
ESPECIALIDAD	EJES TEMÁTICOS GENERALES	EJES PARTICULARES
. Cirugía de Coloproctología  . Gastroenterología  . Oncología	. Enfermedad.	. Escenario actual del cáncer. Definición de la enfermedad. . Población. Situación de jóvenes. . Casos de CCR. Estadísticas. . Factores causales. Postura sobre la dieta y su importancia. GAPA. . Recurrencia de la enfermedad. Envejecimiento poblacional.
	. Formas de abordaje.	. Prevención. Detección. . Protocolos existentes para seguimiento y/o acompañamiento de pacientes.
	. Dieta- enfermedad.	. Nivel de conocimiento sobre beneficios de la alimentación basada en plantas. . Reflexión sobre la necesidad de articular con nutrición.
	. Políticas públicas de salud.	. Protocolos existentes para la articulación con nutrición. . Situación sanitaria. . Opinión sobre el rol del Estado. . Campañas.
Nutrición	. Escenario nutricional.	. Situación nutricional argentina. . Tabla GAPA. . Tendencias de consumo. . Obesidad y cáncer.
	. Alimentación.	. Fibra. . Carnes y cáncer. . Derivados de animales. . Alimentos industriales.
	. Formas de abordaje.	. Protocolos de seguimiento a pacientes AR/diagnóstico CCR.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Rol de la prevención.</li> <li>. Rol del Estado.</li> </ul>
<b>Medicina Naturista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Enfermedad y nutrición.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Población atendida.</li> <li>. Relación enfermedades-dieta.</li> <li>. Epiogénesis.</li> <li>. Cáncer y alimentación.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Evidencia alimentación basada en plantas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Prevención basada en la alimentación consciente.</li> <li>. Consumo de carnes-CCR.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Evidencia clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Demandas de pacientes.</li> <li>. Recomendaciones.</li> <li>Situación y progreso de pacientes atendidos.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Políticas públicas de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Prevención.</li> <li>. Rol del sistema médico tradicional.</li> <li>. Relación medicina tradicional y naturismo.</li> <li>. Rol del Estado.</li> </ul>
<b>Obra Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Escenario de la salud de afiliados/as.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Descripción clínica de afiliados/as.</li> <li>. Prevención en salud. Importancia a la dieta.</li> <li>. Enfermedades comunes de afiliados/as.</li> <li>. Relevancia al Cáncer. CCR.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Abordajes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Abordajes. Campañas de prevención.</li> <li>. Articulación con nutrición.</li> <li>. Articulación con el Estado.</li> </ul>

ACADEMIA		
ESPECIALIDAD	EJES TEMÁTICOS GENERALES	EJES PARTICULARES
. Antropología de la Alimentación.  . Fundación Hospital Universitario.	. Escenario nutricional.	. Situación nutricional argentina. GAPA. . Tendencias de consumo. . Relación enfermedades-dieta. . Alimentación pre-patológica.
	. Enfermedad y alimentación.	. Enfermedades. Cáncer y alimentación. . Estadísticas/proyecciones mundiales. . Prevención basada en la alimentación consciente. Industria alimenticia. . Consumo de carnes-CCR.
	. Abordaje.	. Protocolos existentes para seguimiento y/o acompañamiento de pacientes. . Reflexión sobre la necesidad de articular con nutrición.
	. Políticas públicas de salud.	. Prevención. Campañas. . Rol del Estado. . Acciones a futuro.

La información brindada por parte de las personas referenciadas fue producto de la interacción espontánea y se registraron en soporte de audio.

Las conversaciones fueron configurándose a partir de los interrogantes surgidos del trabajo de investigación realizado previamente, y las preguntas fueron abordadas considerando los distintos ejes ordenadores anteriormente mencionados. En primer lugar, con el objetivo de clasificar las respuestas obtenidas por cada referente consultado y luego para entrecruzar las distintas posiciones en base a cada bloque temático.

La intención final apunta a poder construir una propuesta de abordaje multidisciplinario, enriquecida por consecuencia del registro de las distintas miradas, conocimientos profesionales, el *saber hacer* y el discurso institucionalizado de cada disciplina, y contrastar, por supuesto, con la información recolectada de las diversas investigaciones que han sido seleccionadas criteriosamente.

## RESULTADOS

### POLÍTICAS PÚBLICAS EN ARGENTINA

El surgimiento de políticas públicas relacionadas al CCR en Argentina, como se muestra en la siguiente cronología, data de corto tiempo.

---

	<b>2010</b>   Bajo el Decreto N° 1286/10 ocurre la <b>creación del <i>Instituto Nacional del Cáncer</i></b> con el fin de asesorar al Ministerio de Salud de Nación en la temática.
INC	<b>2011</b>   Se realiza el <b>primer relevamiento para el armado del <i>Programa Nacional de Prevención y Detección del Cáncer Colorrectal</i></b>
	<b>2013</b>   <b>Creación</b> del Programa Nacional.
Programas Nacionales	<b>2015</b>   Lanzamiento.
	<b>2018</b>   Lanzamiento del <b><i>Plan Nacional Control de Cáncer 2018-2022</i></b> (Ministerio de Salud). Proyecta un escenario con intención política ya que en base a los testimonios de las personas entrevistadas, esta es una de las cuestiones fundamentales para desarrollar y avanzar en propuestas e implementación de nuevos abordajes.

---

Respecto a estos sucesos, la *Revista Argentina de Coloproctología* describe que “*es notable ver como en los países que no desarrollan programas de pesquisa, a pesar de todos los avances producidos en el campo del diagnóstico y tratamiento, los resultados de sobrevida han progresado escasamente. (...) Donde no se han desarrollado este tipo de programas, la incidencia y mortalidad por cáncer colorrectal va progresivamente en aumento*” (Minetti, A.; Manoni, J., 2013). De esta manera, cobra sentido la propuesta de volcar esfuerzos en la prevención primaria ya que el sistema de salud argentino presenta dificultades estructurales para abordar el CCR, en especial por la escases del equipamiento que se requiere para promover la detección y tratamiento. Una de sus consecuencias: se ubica en el rango medio-alto de incidencia en cuanto a índices de mortalidad, rankeando como 5to. país del continente<sup>17</sup>.

El escenario a trabajar supone algunas características a tener en cuenta. En principio, porque la palabra “colorrectal” no es un término conocido que remita a un problema grave de salud, tampoco se asocia

---

<sup>17</sup><https://www.lanacion.com.ar/sociedad/preocupan-las-altas-tasas-de-cancer-de-colon-el-pais-en-el-quinto-puesto-en-america-nid2027490>

a una enfermedad del intestino y además, las dificultades de acceso al sistema médico reducen las posibilidades de que las personas se acerquen a consultar para adelantarse y prevenir la razones más comunes presentadas como inconvenientes para recibir información sobre cómo la saturación del sistema para acceder a un turno y que el control anticipado se siente como una pérdida de tiempo (Capriati, A; Ramos, S; Tamburrino, C.; 2014).

El *Programa Nacional de CCR* argumenta su utilidad en que el CCR ocupa el tercer lugar entre los cánceres más frecuentes y el segundo en incidencia de mortalidad. En consecuencia, el CCR se convierte en un **problema sanitario para la sociedad en su conjunto** por lo que, junto con la comunidad científica, se consensuaron y priorizaron los siguientes objetivos:

- **Instalar la temática** del CCR en agenda.
- **Unificar criterios** que establezcan procedimientos en todos los estadios de la enfermedad.
- Lograr informar y **sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la temática**, en especial a las poblaciones de medio y alto riesgo.
- **Fortalecer servicios** y circuitos que involucren **diagnóstico y tratamiento**.
- **Mejorar la formación** de las/los profesionales de la salud.
- Monitoreo y evaluación de **impacto de estas políticas públicas** como un plan integrador.

Los comentarios registrados por el equipo del INC respecto a la necesidad de aplicación del Programa responde a que los chequeos que se realizan en la actualidad, fueron delineados con objetivos muy heterogéneos, carentes de coordinación, sin exigencia de mediciones, ni posibilidad de monitoreos de calidad.

En común acuerdo, las y los especialistas entrevistados encuentran que la presencia del estado es fundamental para concientizar, pero la situación se ve caracterizada por una **ejecución fragmentada de las políticas sanitarias debido a la descentralización que sufre el sistema de salud** desde hace algunas décadas. El resultado son **políticas nacionales desintegradas, desarticulación en la implementación de los Programas Nacionales, distribución desigual de los recursos, disparando así la desigualdad de atención recibida en las provincias que menos equipamiento y recursos humanos disponen.**

Según un informante clave, la calidad de los tratamientos muchas veces se ve afectada porque no hay una normativa que regule una distribución de medicamentos homogénea a lo largo de

todo el país y se calcula que hay aproximadamente sólo 182 oncólogas/os disponibles para atender a lo largo del ámbito nacional en los hospitales públicos. Para poder dimensionar el nivel de conflicto que esto genera, **sólo 10 provincias poseen el equipamiento requerido** para realizar estudios a personas con signos de enfermedad y el **35,8% de la población de mayor riesgo (entre 50 y 74 años) depende de la salud pública** ya que no posee cobertura médica alguna (Gualdrini, U.; Iumato, L.; Cap. 8; 2011).

En el caso de las Obras Sociales, no hay bajada de información uniforme sobre protocolos nacionales que digiten acciones tendientes a generar campañas de concientización. Según el relato de una integrante del área de Riesgos Laborales de la Obra Social de los Trabajadores Rurales y Estibadores de la República Argentina (OPRERA), con más de 1 millón de personas afiliadas, las tasas de CCR en población rural coinciden con las estadísticas nacionales, ubicándose detrás de las tasas de cáncer de mama. A pesar de que las cifras registradas se ven supeditadas al alto nivel de informalidad que se maneja en ese sector por la precariedad de sus trabajadores (casos omitidos por la Aseguradora de Riesgos del Trabajo), la Obra Social realiza relevamientos a partir de las denuncias que llegan a través de las/los delegados, por lo que el nexo directo entre denunciante e institución de salud es complejo. Esto mismo representa un obstáculo a la hora de centralizar estadísticas y delinear estrategias de concientización porque los números finales entre Superintendencia de Riesgos del Trabajo y Obras Sociales difieren entre sí.

Tanto para CCR como para mama, las únicas acciones que se realizan parten de la propia iniciativa del equipo. El testimonio destaca que: *“se realizan distintos talleres informativos con campañas de prevención. Se arman ambulancias itinerantes que salen a buscar a la gente. Según la zona, se habla de tal enfermedad y se lleva un médico. Estas acciones generan mucha demanda porque despiertan el interés por la información en prevención (...) pero hoy en día seguimos a la espera de la articulación con el estado para continuar”*.

Considerando la información pública brindada en la página web del Ministerio de Salud de Nación hacia la comunidad en general, se considera lo siguiente:

NIVEL DE CONSULTA	OBSERVACIONES
Información disponible - Cáncer	Recomendaciones generales. Sin especificidad para población interesada en la temática.
Información disponible - CCR	Se debe filtrar en los soportes gráficos para encontrar la desagregación por tipo de cáncer. Descarga de información en formato de tríptico para profesionales de la salud. No hay disponibilidad de guías orientadas a la población de interés.
Actualizaciones	Año 2016.
Guía de recomendaciones para cuidados paliativos	Exclusiva para personal de cuidado.
Recomendaciones para el seguimiento nutricional del CCR	No hay material específico. Sugerencias para la prevención en general. Se incluye una mención para el trabajo multidisciplinario entre

profesionales de oncología, psicología y asistencia social.

En lo que a **Políticas Nutricionales** respecta, la cronología es la siguiente:

## Políticas Nutricionales

**2003** | Creación del **Programa de Nutrición y Alimentación Nacional** y posteriormente, se da realización a la **1era. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo**, con réplicas en el 2009, 20013 y 2018. Estas encuestas son herramientas orientadoras para las políticas públicas de prevención en salud a través de la alimentación.

**2016** | Creación del **Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de Obesidad**.

[Modificación de la **GAPA** después de 15 años de permanecer sin actualizaciones. Entre los fundamentos para su revisión, se tuvieron en cuenta las cifras de aumento sostenido de las 2 ENT que más avanzan sobre la población argentina: las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

**2018** | Lanzamiento oficial del **Programa de Alimentación Saludable** . Comienzo de capacitaciones de referentes de salud de otros ministerios de salud a nivel nacional. Los entrenamientos son pautados por provincia y queda a criterio del nivel provincial/municipal la bajada de información de la GAPA al personal de salud.

**2018** | Elaboración del **Manual de Recomendaciones sobre Etiquetado Frontal de Alimentos**, el cual se encuentra en debate por especialistas. En algunos países de la región ya fue aplicado (Perú, Chile y Uruguay).

**2019** | Educación y Salud lanzan articuladamente la **Guía de Entornos Escolares Saludables para prevenir la Obesidad**, buscando regular los ambientes obesogénicos. La malnutrición afecta a 4 de cada 10 niñas, niños y adolescentes.

En Argentina, el **cambio de pirámide a óvalo nutricional fue realizado en el año 2000** y desde ese entonces no volvió a sufrir modificaciones hasta pasado un largo tiempo. Según el aporte de una de las nutricionistas integrante del equipo del Programa *Alimentación Saludable*, dependiente de la *Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles* del Ministerio de Salud de Nación, la necesidad latente de realizar modificaciones sobre esta tipología de gráfica nutricional **no fue tomada en cuenta sino hasta 2015**, año en donde finalmente se materializa la actualización.



## Óvalo Nutricional Argentino<sup>18</sup>



## Guías Alimentarias para la Población Argentina (GAPA)<sup>19</sup>



<sup>18</sup>[http://www.alimentosargentinos.gob.ar/contenido/publicaciones/calidad/Consumidor/IMAN\\_ovalo.pdf](http://www.alimentosargentinos.gob.ar/contenido/publicaciones/calidad/Consumidor/IMAN_ovalo.pdf)

<sup>19</sup>[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001007cnt-2017-06\\_guia-alimentaria-poblacion-argentina.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001007cnt-2017-06_guia-alimentaria-poblacion-argentina.pdf)

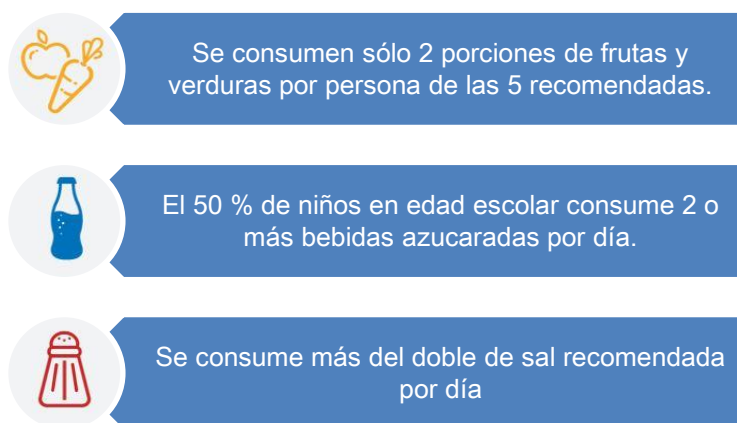
Esta nueva versión llamada *Guía Alimentaria para la Población Argentina* nace de la necesidad de reeducar a la población argentina desde una visión un tanto más sinérgica, por lo cual se elimina la jerarquización vertical de los alimentos, se los coloca en una especie de plato con proporciones necesarias, y a los **menos saludables se los engloba dentro de categorías de “no recomendables” o “consumo ocasional”**.

Estos cambios fueron consecuencia de las advertencias de la OMS en materia de la proliferación de las ENT y de la inquietud que generaron los datos de las encuestas poblacionales de salud y nutrición a lo largo de las últimas décadas. Enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes, celiaquía, obesidad, cáncer e hipertensión son objetivos del Programa, y la intención de esta área gubernamental es darle entidad a la prevención desde un aspecto tan importante y causal como es la alimentación.

En el documento técnico de la GAPA, respecto al CCR se encuentran las siguientes menciones:

- **Sección 2 - “Mensajes y gráficas”. Mensaje Estratégico N°3.** Se enfatiza en el **consumo de vegetales para disminuir el riesgo.**
- **Sección “Objetivos Nutricionales”.** Se menciona la **importancia de la acción de la fibra sobre el intestino** y el efecto protector de los alimentos ricos en vitamina A, D y el ácido fólico.

El Ministerio de Salud, a través de su Programa orientado a la prevención de las ENTs, declara en su página inicial que **“tener una alimentación saludable es un derecho”**, resaltando 3 indicadores que fundamentan el trabajo público realizado por el área:



**FUENTE:** Ministerio de Salud de Nación – Programa Nacional de Alimentación Saludable.

Es así como un **enfoque preventivo basado en una nutrición adecuada puede convertirse en una intervención que incida en la forma de alimentación, actividad vital y diaria de las personas.**

Como ejemplo de política pública eficaz en materia de alimentación y mitigación de factores de riesgo, se puede mencionar el **proyecto “Menos Sal, Más Vida”**, implementado en el año 2013 y que tuvo como objetivo regular el consumo de sodio. Según la 3da. ENFR, el cambio cultural observado en **la utilización del salero en la mesa registró una caída del 31,6%** respecto a la edición anterior. Es así como también en el 2010 se realizó un convenio con distintos sectores de producción de alimentos para lograr una reducción del 5% al 18% de sodio en algunos productos de panadería o industrializados.

Otro ejemplo, esta vez una política pública que buscó modificar incidencias respecto el estilo de vida, es el caso del **cáncer de pulmón y su relación con el tabaquismo**. Gracias a las políticas de impuestos y la sanción del rotulado de advertencia sobre los paquetes de cigarrillos en el 2012, se observa que **la tendencia del tabaquismo decrece** desde la ENFR de 2005. Ambas políticas lograron **impactar positivamente en los indicadores de salud.**

En lo relativo a políticas alimentarias basadas en plantas, hay dos iniciativas que intentan incidir en el comportamiento nutricional de la población. En primer lugar, desde 2017 **en Casa Rosada se impulsó el Lunes Sin Carne**, movimiento global que incentiva a las personas a no comer animales por lo menos un día a la semana, lo cual en sentido opuesto, incentiva a las personas a elevar la ingesta de vegetales.

Por otro lado, en el año 2018, la *Organización Animal Libre* presentó en la Legislatura Porteña el proyecto **“Mi menú vegano”**, el cual tiene como objetivo que **toda persona que practique una alimentación basada en vegetales, tenga disponibilidad de la misma en cualquier institución pública sin ser discriminada.** Vale mencionar que esta idea fue tomada de una ley que se aprobó a principios de 2019 en California y New York, Estados Unidos, con la intención de hacer efectiva la oferta de menús basados en plantas en todos los hospitales y cárceles de la ciudad, con el fin de respetar razones éticas de alimentación, medioambientales o de mejorar la salud<sup>20</sup>. Esta iniciativa fue promovida especialmente por *Physicians Committee*, organización estadounidense integrada por más de 12.000 profesionales de la medicina, nutrición e investigadores, la cual desde 1985 tiene como objetivo asesorar a tomadores de decisiones y empoderar a las personas a través de la información para mejorar su calidad de vida ante un diagnóstico de enfermedad crónica, con una mirada integral y humanística por sobre la exclusividad de los medicamentos.

Este tipo de acciones se encuentran alineadas con la Guía de Recomendaciones de 2018 que realizó *The WRCF* acordando sobre la **necesidad de una transición hacia una dieta basada en plantas.**

---

<sup>20</sup><https://www.pcrm.org/news/news-releases/gov-jerry-brown-makes-plant-based-meals-law-california-hospitals>

Políticas que incentiven el cambio de estilo de vida mediante la alimentación deben ser impulsadas necesariamente desde el sector público ya que en la esencia de las/los tomadores de decisiones respecto al cáncer, debe estar presente la búsqueda incesante de acciones que permitan identificar dónde es necesaria una intervención en pos de generar ambientes más saludables y así reducir los factores de riesgo. Asimismo, una dieta basada en plantas es considerada por la ciencia como una **práctica sustentable**, lo cual ayuda a **modificar las condiciones medioambientales, repercutiendo positivamente en los causales de incidencia**.

Si bien este tipo de acciones están tomando impulso y son discutidas por la comunidad, todavía persisten las resistencias, ya que no se distinguen lineamientos claros, plena aceptación, ni coordinación con el sistema médico. A la luz de los resultados de los indicadores de salud, es recomendable revisar este tipo de proyectos para el armado de propuestas que busquen un impacto directo sobre la conducta de las personas a través de la transparencia de la información. Incluso, combinar esta práctica con una regulación sobre el sector de las industrias productoras de alimentos.

Al consultarle a una antropóloga especialista en alimentación sobre qué tiene que hacer el Estado, responde: *“leer con criterio alimentario todas sus políticas, (...) porque frente a las obscenidades del mercado, el Estado es la única institución que tenemos como frente de batalla”*.

Por lo tanto, agrupaciones como Sociedad Argentina de Medicina de Estilo de Vida (SAMEV), Unión de Nutricionistas de Argentina (UNA), Unión Vegana Argentina (UVA), Asociación Argentina de Medicina Naturista (AAMN), entre otras, junto con referentes en temáticas de soberanía alimentaria, se consideran actores idóneos respecto a las temáticas de alimentación basada en plantas, por lo que debe generarse el espacio necesario para una articulación de diferentes miradas.

En cuanto a las **campañas de concientización del CCR**, si bien el 30 de marzo es el Día Mundial del CCR y para tal fin se creó el **“Marzo Azul”**, las campañas son focalizadas y mayormente difundidas por el sector privado de la salud, organizaciones de la sociedad civil y algunos medios de comunicación.

Tres de las/los profesionales entrevistados comentaron un caso en particular respecto al rol de la difusión. En 2018, una famosa periodista argentina -Débora Pérez Volpin- murió tras hacerse una endoscopia de emergencia. Al trascender la noticia, los medios abordaron esta temática de tal manera que se sembró una sensación de miedo sobre la población de riesgo en cuanto a realizarse este tipo de estudios. En todos los casos consultados, el comentario fue que muchas personas se negaron a hacerse el estudio, y por algunas semanas se registraron cancelaciones de turno. Situaciones como éstas pueden confundir y reforzar los prejuicios que ya existen en torno a la prevención de la enfermedad.

Una condición a tener en cuenta es que a diferencia de algunos países, en Argentina no hay registro disponible de Organizaciones Sin fines de Lucro que se dediquen a dar contención personalizada para pacientes de riesgo de CCR, por lo cual los canales de información pueden ser difusos. Existen organizaciones que investigan sobre Cáncer como LALCEC o FUCA, pero abarcan varios tipos de cáncer, entre ellos el Colorrectal. En consecuencia, acciones concretas que involucren a pacientes y tengan acceso a un seguimiento apropiado, deberán ser consideradas dentro de la agenda sanitaria.

## ANÁLISIS COMPARATIVO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD

Como se mencionó anteriormente, en este apartado se hará una revisión sobre la información pública oficial brindada por las áreas gubernamentales correspondientes de la salud, y se hará mención de las políticas consideradas más relevantes relacionadas al CCR y la nutrición, con la intención de encontrar acciones que vinculen ambos enfoques.

### CASO INGLATERRA

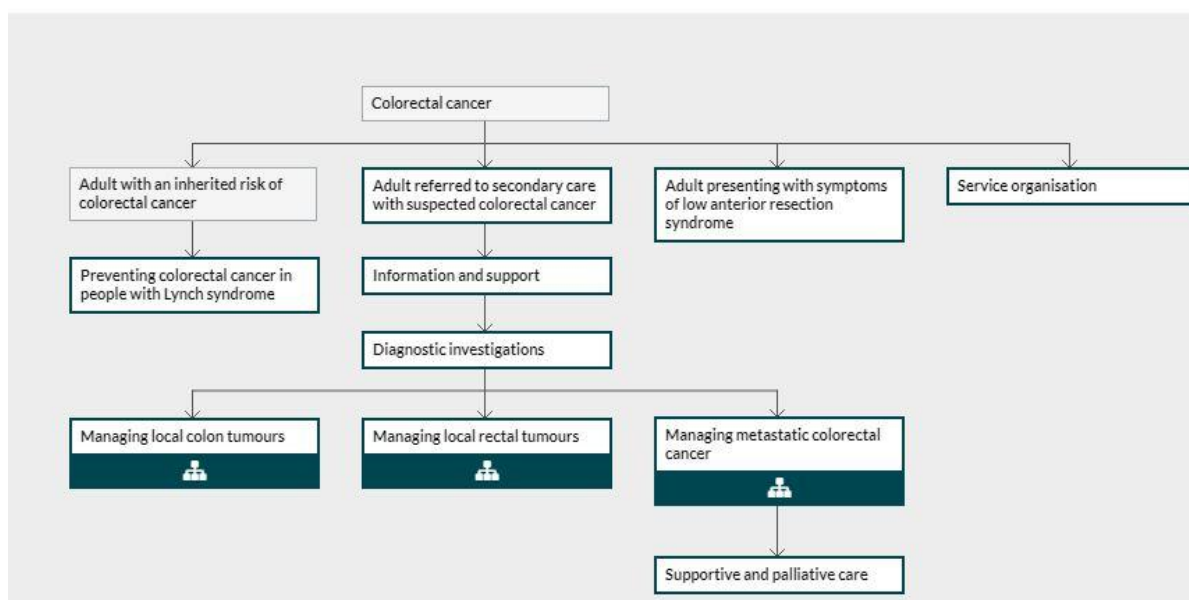
RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN PÚBLICA	
<b>Incidencia</b>	4°
<b>Mortalidad</b>	2°
	1 en 15 hombres // 1 en 18 mujeres desarrollarán CCR y sólo el 36% se detecta en etapas tempranas.
<b>Información pública</b>	Secretaría de Salud - National Health Service - <a href="https://www.nhs.uk/bowel">nhs.uk/bowel</a>
SECCIÓN CCR	
<b>Prevención</b>	Dentro de los factores más importantes se menciona: edad, <b>dieta</b> , sobrepeso, inactividad física, tabaco, alcohol. Se recomienda una dieta abundante en vegetales y baja ingesta de carnes. Recomendación de <b>EatWell Guide</b> .
<b>Detección</b>	Descripción de síntomas. Descripción de los distintos tipos de estudios (test materia fecal, colonoscopia).
<b>Tratamientos</b>	Detalle de las alternativas.
<b>Cuidados</b>	Descripción para pacientes en recuperación y para la fase terminal. <b>Bowel Cancer UK hace referencia a la reincidencia y su relación con la dieta.</b> Sugerencia de cambiar el estilo de vida.
<b>Link con otras organizaciones – información adicional</b>	Buscador de instituciones para encontrar apoyo a pacientes. Se incluyen links derivando a diferentes organizaciones que brindan más información y acompañamiento para las distintas etapas de la enfermedad. Geolocalización de instituciones a través del código postal/ciudad. Oferta de grupos de contención. Trabajo articulado con la organización “MacMillan Cancer Support” para brindar información a la población en general y pedir asistencia de cuidado.

Actualizaciones recientes.  
Guía completa para población de riesgo CCR

Actualizaciones recientes.  
Guía para profesionales

**Políticas para el CCR.** Bajo la dependencia de la Secretaría de Salud, se crea el **National Institute for Health and Care Excellence (NICE)** para proveer apoyo y mejorar la calidad de la salud pública y la asistencia social. Dentro de sus estrategias de comunicación, se puso a disposición un **diagrama interactivo** para toda la comunidad, que abarca una multiplicidad de cuestiones en salud. En el caso del CCR, se presenta el siguiente cuadro:

## Colorectal cancer overview



FUENTE: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/colorectal-cancer>

Cada instancia de la enfermedad se corresponde con una guía de recomendaciones, y dentro de las que incluyen el cuidado de las personas con diagnóstico, se destaca:

- Apoyo y **seguimiento nutricional** como “requerimiento **esencial para el cuidado**”.
- **Capacitación a profesionales que estén involucradas/os directamente en la cadena de cuidados** de pacientes para la provisión de una nutrición adecuada.
- **Trabajar multidisciplinariamente** entre los distintos equipos, apoyando especialmente a personal de enfermería.
- **Involucrar a pacientes en las decisiones que se toman** respecto a su salud, respetando sus elecciones personales.



Es destacable además que las declaraciones de objetivos 2020 por parte de la Secretaría de Salud se encuentran alineadas con los propósitos mencionados ya se proyecta una política de salud pública que tienda a la prevención proactiva, predictiva y personalizada<sup>21</sup>. Como los dos desafíos prioritarios son **la obesidad y la salud mental**, se busca apuntar a generar **intervenciones y apoyo más personalizado**. La niñez se considera como la edad objetivo por ser la más afectada respecto a los problemas de obesidad.

**Políticas Nutricionales.** Las nuevas recomendaciones para la dieta fueron publicadas por el área de Salud Pública y acompañadas con el mensaje *“protegiendo y mejorando la salud nacional”*<sup>22</sup>. El cambio del tradicional “EatWell Plate” a la guía nutricional **“EatWell Guide”** se realizó en 2016 y previo a ello, se realizaron encuestas poblacionales que indicaron que el diseño del plato era un tanto confuso y que los dibujos de alimentos eran mejor asimilados por las personas que tenían menor nivel de compromiso con la nutrición.

Es así como la guía fue transformada en un óvalo de dibujos, proporciones y colores. El diseño final muestra **mayoría de proporción en vegetales e incluye a las carnes en una fracción pequeña dentro del segmento de proteínas**. **Las Guías para prevención del CCR recomiendan seguir este tipo de dieta.**



FUENTE: <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/the-eatwell-guide/>

<sup>21</sup><https://www.gov.uk/government/speeches/how-we-make-public-health-fit-for-the-future>

<sup>22</sup>Public Health England. The Eatwell Guide. 2016. [www.gov.uk/government/publications/the-eatwell-guide](http://www.gov.uk/government/publications/the-eatwell-guide)

CASO NUEVA ZELANDA

RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN PÚBLICA	
<b>Incidencia</b>	2° 1 en 20 hombres / 1 en 26 mujeres desarrollarán CCR. Tasas altas para el promedio mundial.
<b>Mortalidad</b>	2° HOMBRES – 3° MUJERES
<b>Información pública</b>	Ministerio de Salud – Diseases and illnesses  <a href="https://www.health.govt.nz/your-health/conditions-and-treatments">https://www.health.govt.nz/your-health/conditions-and-treatments</a> National Bowel Cancer Working Group provee asesoramiento al Ministerio desde 2011.
SECCIÓN CCR	
<b>Prevención</b>	Dentro de los factores más importantes se menciona: edad, dieta, inactividad física, carnes rojas, tabaco, alcohol. <b>Énfasis en consumo de vegetales y bajar ingesta de carnes.</b>
<b>Detección</b>	“National Bowel Screening Programme”. Descripción de síntomas. Descripción de los distintos tipos de estudios (test materia fecal, colonoscopia).
<b>Tratamientos</b>	Detalle de las alternativas.
<b>Cuidados</b>	Dentro del contenido de la guía “Healthy Eating after Colorectal Cancer” <sup>23</sup> , Bowel Cancer NZ hace <b>referencia a la dieta después del tratamiento.</b>
<b>Link con otras organizaciones - información adicional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Time to Screen: Bowel screening</li> <li>• Cancer Society</li> <li>• Beat Bowel Cancer New Zealand</li> <li>• NZ Familial Gastrointestinal Cancer Registry</li> <li>• Health Navigator – Bowel cancer</li> <li>• Better Health Channel – Bowel cancer</li> <li>• Engranaje con instituciones y oficinas de salud pública que abarcan diversos enfoques.</li> </ul>
<b>Guía para población de riesgo CCR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infografía con estadísticas - 2012.</li> <li>• Guía para la población. Traducida al idioma maorí. <b>Mención sobre la dieta y recurrencia. Recomendación de seguimiento con nutrición.</b></li> <li>• Información accesible.</li> <li>• Para ambas poblaciones se hacen <b>recomendaciones sobre el estilo de vida y el seguimiento con nutricionistas.</b></li> <li>• Estadísticas nacionales disponibles.</li> </ul>

**Políticas Nutricionales.** En 2015 se lanza “**Eating and Activity Guidelines**”<sup>24</sup> en formato guía y documento técnico, sin infografía disponible para la población en general. La evidencia relevada constata que la mayoría de las personas neozelandesas se ven afectadas por la mala calidad nutricional que llevan a diario, por lo que la dieta se considera el primer factor de incidencia sobre la carga de enfermedades de la

<sup>23</sup><https://bowelcancernz.org.nz/wp-content/uploads/2017/02/Healthy-Eating-After-Colorectal-Cancer.pdf>

<sup>24</sup><https://www.health.govt.nz/our-work/eating-and-activity-guidelines>

población. Las estadísticas comprueban que consumen más energía de la que gastan y que ingieren alimentos elevados en grasas saturadas y sodio, por lo que además de los problemas de sobrepeso, se incluyen un apartado con recomendaciones para realizar actividad física.

Las indicaciones incluyen los siguientes 5 ejes:

## Eating Statements

### 1 Enjoy a variety of nutritious foods every day including:



plenty of vegetables and fruit



grain foods, mostly whole grain and those naturally high in fibre



some milk and milk products, mostly low and reduced fat



some legumes, nuts, seeds, fish and other seafood, eggs, poultry (eg, chicken) and/or red meat with the fat removed.

### 2 Choose and/or prepare foods and drinks:



with unsaturated fats (canola, olive, rice bran or vegetable oil, or margarine) instead of saturated fats (butter, cream, lard, dripping, coconut oil)



that are low in salt (sodium); if using salt, choose iodised salt



with little or no added sugar



that are mostly 'whole' and less processed.



3 Make plain water your first choice over other drinks.



4 If you drink alcohol, keep your intake low. Stop drinking alcohol if you could be pregnant, are pregnant or are trying to get pregnant.



5 Buy or gather, prepare, cook and store food in ways that keep it safe to eat.

Las primeras sugerencias hacen referencia al **consumo de vegetales** por un lado, y por otro, a la **baja del consumo de carnes**, incluyendo explícitamente la evidencia existente sobre la incidencia de la carne en el CCR y definiendo la cantidad de carne que debe consumirse idealmente por semana (menos de 500gms.). En la Guía de recomendaciones más acotada para el público, no se incluyeron fotos de productos de origen animal y sólo se sugiere un vaso de leche para el desayuno.

El foco de las políticas públicas también se ubica sobre la obesidad observada en menores, por lo que en 2020 se lanzó la Guía **Healthy Food and Drink Guidance – Early Learning Services**, con la intención de facilitar lineamientos hacia una alimentación saludable en la primera infancia y favorecerles una mejor elección nutricional a futuro.

**RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN PÚBLICA**

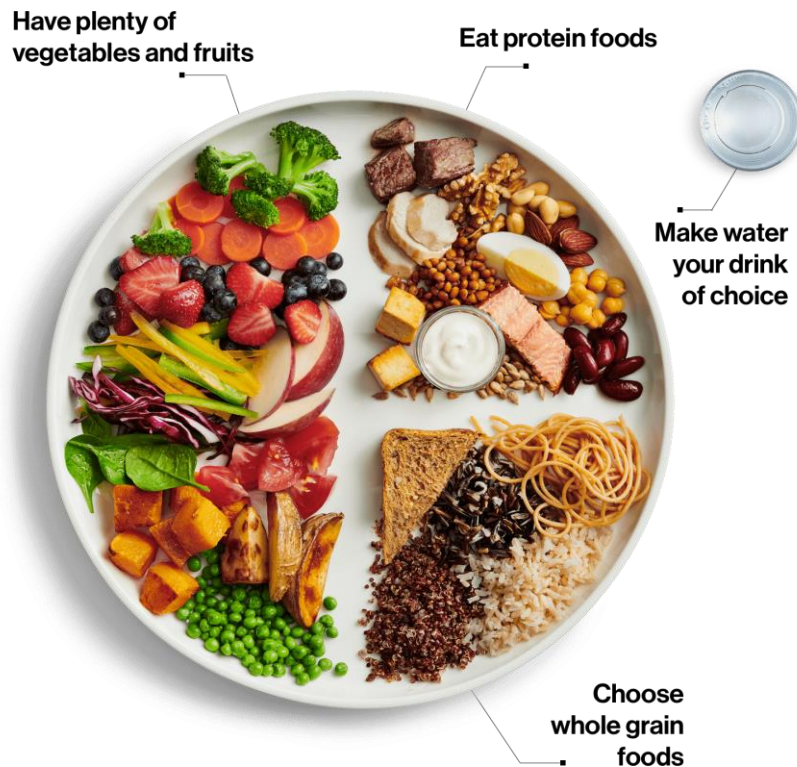
<b>Incidencia</b>	2° 1 en 14 hombres y 1 en 18 mujeres desarrollarán CCR y sólo el 36% se detecta en etapas tempranas.
<b>Mortalidad</b>	2° HOMBRES – 3° MUJERES
<b>Información pública</b>	Ministerio de Salud – Chronic Diseases <a href="https://www.canada.ca/en/public-health">https://www.canada.ca/en/public-health</a>

**SECCIÓN CCR**

<b>Prevención</b>	Dentro de los factores más importantes se mencionan: edad, antecedentes, <b>dieta</b> , inactividad física, carnes rojas, tabaco, alcohol. Se recomienda una dieta <b>abundante en vegetales y baja ingesta de carnes</b> . Recomendación de <b>Canada’s Food Guide</b> .
<b>Detección</b>	Descripción de síntomas y de los distintos tipos de estudios (test materia fecal, colonoscopia). Referencia a Canadian Cancer Society.
<b>Tratamientos</b>	Detalle de las alternativas. Posibilidad de elección de no tratarse. Canada Cancer Society incluye <b>recetas que excluyen las carnes para realizar durante el tratamiento para sobrellevar los síntomas</b> . Infografía que expone los <b>beneficios de la fibra sobre el CCR</b> .
<b>Cuidados</b>	Descripción de recomendaciones para pacientes en recuperación y para la fase terminal. Desde Canadian Cancer Society se recomienda <b>“comer bien” durante, después del tratamiento y ya superada la enfermedad</b> <sup>25</sup> . Se linkea con la página de Canada’s Food Guide.
<b>Vinculación con otras organizaciones – información adicional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Canadian Partnership Against Cancer</li> <li>• Canadian Cancer Society</li> <li>• National Colorectal Cancer Screening Network</li> <li>• Colorectal Cancer Association of Canada</li> <li>• Oncolink</li> <li>• Medline Plus</li> <li>• Canadian Task Force on Preventive Health Care</li> <li>• Cancer Care Ontario</li> <li>• National Cancer Institute</li> <li>• Centers for Disease Control and Prevention</li> <li>• International Agency for Research on Cancer</li> <li>• The Cochrane Collaboration</li> <li>• National Cancer Institute: Surveillance, Epidemiology, and End Results</li> <li>• Cancer Research UK</li> <li>• Colorectal Cancer Screening Initiative Foundation</li> <li>• Crohn's and Colitis Foundation of Canada</li> </ul>
<b>Guía para población de riesgo CCR</b>	Actualizaciones recientes. Infografía con estadísticas. Información accesible. Hay una sección especial para Cáncer en población joven. Recomendación sobre seguimiento con nutricionistas. Estadísticas nacionales disponibles.
<b>Guía para profesionales.</b>	Actualizaciones recientes.

<sup>25</sup><https://www.cancer.ca/en/cancer-information/living-with-cancer/feeling-your-best/eating-well/?region=on>

**Políticas Nutricionales.** La primera versión de la guía nutricional canadiense se emitió en 1942 y la última revisión fue realizada en 2007. Como un tercio de las calorías de la población canadiense provienen de comidas altas en grasas, azúcar o sal<sup>26</sup>, en 2019 se lanzó la nueva versión cambiando a un plato con indicadores de grupos de alimentos, dejando atrás el tradicional arcoíris canadiense de alimentos.



FUENTE: <https://food-guide.canada.ca/en/>

Uno de los fundamentos utilizado en el documento técnico de la guía, dirigida a tomadores de decisiones, fue la **consideración de la dieta como uno de los 3 factores más influyentes sobre la carga de las enfermedades crónicas en el sistema de salud, entre ellas explícitamente el CCR.** Junto a este material, se anexa un reporte que recopila la evidencia revisada (de 2006 a 2018), las consultas públicas realizadas previamente para mejorar la bajada de diseño, y además fue publicado en 26 lenguas distintas (9 son indígenas). Otras estrategias fueron agregándose a la página web: manuales para aprender a cocinar, cómo elegir mejores alimentos, tips para leer etiquetas y hasta se designaron estudiantes en diferentes universidades para que actúen como embajadores en sus comunidades universitarias.

<sup>26</sup><https://food-guide.canada.ca/en/guidelines/section-1-foundation-for-healthy-eating/>



Según las declaraciones en los medios del equipo técnico, el lanzamiento de esta guía que recomienda ingerir predominantemente comidas basadas en plantas fue posible gracias a que se dejaron por fuera de la mesa de debate a los grupos de presión de las industrias productoras de alimentos<sup>27</sup>.

El objetivo primordial de esta guía es trabajar la aplicación de la misma en instituciones educativas, lugares de trabajo y hospitales, para lograr convertirlos en ambientes nutricionalmente más saludables.

## CASO URUGUAY

RELEVAMIENTO DE INFORMACIÓN PÚBLICA	
<b>Incidencia</b>	2° MUJERES – 3° HOMBRES
<b>Mortalidad</b>	2°
<b>Información pública</b>	Ministerio de Salud- Control de Cáncer - ENT <a href="https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/">https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/</a>
SECCIÓN CCR	
<b>Prevención</b>	No hay información disponible para la población en general, pero junto con cáncer de cuello uterino y mama, el CCR forma parte del Programa del Control del Cáncer que se propuso desarrollar entre 2015 y 2020. Objetivo: fortalecer las estrategias y programas para la prevención primaria y detección temprana de estos 3 cánceres prevenibles.
<b>Detección</b>	Sólo se brinda información dentro de la guía de tamizaje para profesionales. Referencia de los distintos tipos de estudios (test materia fecal, colonoscopia) en algunas noticias del portal de Salud. No hay material para descargar.
<b>Cuidados</b>	No hay registro. Informe de situación sanitaria general en cuanto a cuidados paliativos. Dentro del registro de las profesiones que ocupan puestos de cuidado oncológico a nivel nacional, no se incluye la nutrición.
<b>Link con otras organizaciones - información adicional</b>	No se vincula ninguna organización. Instituto Nacional del Cáncer, dependiente de la Administración de Servicios de Salud del Estado, cuenta con información desactualizada y sólo orientada a investigadores y profesionales de la salud.
<b>Guía para población de riesgo CCR</b>	No hay información disponible para la población en general.
<b>Guía para profesionales</b>	Guía de práctica de tamizaje del cáncer colo-rectal 2018.

**Políticas Nutricionales.** *“Informar a los ciudadanos uruguayos, para que busquen cambios en sí mismos y en su entorno, y exijan el cumplimiento del derecho humano a la alimentación adecuada y saludable”* actúa como el fundamento que orientó la elaboración en 2016 de la **“Guía Alimentaria para la Población Uruguaya”** debido a que las estadísticas nacionales indicaron que un 64,8% de adultos tiene sobrepeso y obesidad.

<sup>27</sup><https://montrealgazette.com/health/new-canadas-food-guide-is-a-giant-step-forward-dietitians-say/>



Esta guía fue acompañada por un apartado que respalda el contenido con evidencia científica, y cada sección contiene **recomendaciones específicas que enfatizan en la utilización de productos de origen natural y vegetal**. Se incluyó también una sección que muestra **cómo diferenciar entre productos naturales, procesados y ultra procesados**. En cuanto al **consumo de carne**, junto a la recomendación de disminuir la ingesta, se incluyó la **advertencia que si se superan los 50gms diarios, se aumentan las chances de contraer CCR**.



FUENTE: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/campana-de-alimentacion-saludable>

Como soporte de esta política, se produjeron 6 videos institucionales<sup>28</sup> que se sumaron para la campaña de alimentación saludable, incluyendo en las imágenes los octógonos representativos del etiquetado frontal de alimentos que, a partir de 2020, serán obligatorios.

<sup>28</sup><https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/campana-de-alimentacion-saludable>

Además, otra política de incentivo es la campaña “*Canasta Inteligente*”, la cual es fruto del trabajo en conjunto del Ministerio de Agricultura con Salud Pública, y desde 2018 busca incentivar a la población uruguaya a elegir frutas y verduras de estación y así lograr incrementar su consumo, con los consecuentes beneficios que trae tanto para la salud como para la economía del sector<sup>29</sup>.

## CONCLUSIONES DEL ANÁLISIS DE POLÍTICAS COMPARADAS

Luego de la revisión de las políticas de salud de los 4 países mencionados, puede observarse que si bien hay procedimientos para tratar el CCR que tienden a ser más focalizados y a sugerir y/o proyectar un seguimiento nutricional más especializado, no se registran avances que sean significativos para utilizar como modelo de política pública.

La información pública relevada muestra que en todas las guías nutricionales, las recomendaciones apuntan a mejorar la alimentación a través de una dieta basada en plantas, apoyándose en la evidencia de la incidencia que tiene la alimentación en las ENTs, referenciando en todos los casos específicamente al Cáncer. A diferencia de Argentina, en las guías de los 4 países analizados se encontraron recomendaciones específicas para el CRR y su relación con el consumo de carnes y productos procesados, pero aun así, no se han encontrado lineamientos precisos ni protocolos establecidos que enmarquen y concreten este tipo de evidencia en los seguimientos que se realizan sobre las poblaciones de riesgo.

---

<sup>29</sup><https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/en-marcha-la-campana-canasta-inteligente-de-incentivo-al-consumo-de-las>

## ESCENARIO SANITARIO DEL CCR EN ARGENTINA

Según la información brindada por el equipo técnico que investiga sobre CCR en el Instituto Nacional del Cáncer - Ministerio de Salud de Nación, el foco del **Plan Nacional de Control de Cáncer 2018-2022** fue puesto sobre los 3 cánceres que tienen mayores impactos poblacionales y son mayormente prevenibles: Cáncer de Mama, Colorrectal y Cervico-uterino.

En lo que respecta al CCR, *“todos los datos epidemiológicos presentados (...) demuestran que en la actualidad el CCR es un problema serio de salud pública en el mundo y la Argentina. Si no se encara un programa para el control de esta enfermedad tendiente a la prevención y detección temprana de la misma, el impacto del CCR será una preocupación creciente en los próximos años debido al envejecimiento de la población (...)”*. Este párrafo extraído del documento *“Cáncer Colorrectal en la Argentina. Propuesta del Programa de prevención y detección temprana y acciones para su implementación”*, es parte del capítulo introductorio y demuestra la necesidad existente de ese momento, en el cual gracias a la incipiente formación del Instituto Nacional del Cáncer (INC), se buscaba armar una planificación estratégica que agrupara las líneas de acción de los diferentes programas relacionados a la lucha contra el CCR. Esta iniciativa nació a razón de que previamente no se contaba ni con monitoreos ni relevamientos centralizados para bajar la información correcta a los equipos de salud.

Otra deficiencia descrita por el equipo del INC que abonó la necesidad de un Programa Nacional es **la ausencia de la temática en la agenda sanitaria**, lo cual agrava el escenario por distintas razones:

- 1) Al **no ser un tema instalado**, los equipos de los distintos niveles de salud no están debidamente alertados, **formados ni capacitados en la temática**.
- 2) Al **no ser decretado como urgencia sanitaria**, no se deriva el **presupuesto correspondiente** y Argentina forma parte de los países que no cuentan con suficiente equipamiento y los tratamientos indicados **no son de igual acceso para toda la población**.
- 3) Por último y como consecuencia, los diagnósticos se dan en **estadios avanzados**, en especial en población con dificultad de acceso al sistema de salud.

En cuanto a los procedimientos para lograr la detección precoz se encuentran:

### Test de sangre oculta en materia fecal (TSOMT)

- Método con mejor costo-efectividad.
- Ofrecido a la población en general, asintomática, sin antecedentes personales ni familiares.
- A partir de los 50 años.
- Si el test arroja un resultado positivo, se pueden hacer las derivaciones correspondientes para hacer un estudio más exhaustivo.

### Colonoscopia

- Ofrecida ante resultado + de TMOMF.
- Consultantes con antecedentes personales de pólipos colónicos o CCR.
- Síndrome heredofamiliar o enfermedad inflamatoria intestinal.
- Antecedente familiar de 1er grado con CCR (10 años antes del caso índice).
- Si durante el estudio se detectan pólipos (benignos o malignos), estos se extirpan y se realizan controles de seguimiento para evitar que se conviertan en un tumor. Las estimaciones indican que para que esas lesiones lleguen a desarrollarse en tumor, pueden necesitarse hasta 10 años, por lo que la colonoscopia es una gran aliada para la detección precoz y efectiva.

Pero podría ser oportuno indagar qué significa la presencia de un pólipo y su posibilidad de transformarse en tumor, ya que esto es signo suficiente para ser interpretado como una reacción anormal del sistema digestivo. En el libro *La enfermedad como camino (1983)*, se describe al Cáncer de la siguiente manera: *“la célula cancerosa no es (...) algo que viene de fuera a atacar el organismo, sino que es una célula que hasta ahora realizaba su actividad al servicio de su órgano y, por consiguiente, al servicio del organismo en su conjunto, a fin de que éste tuviera las mejores posibilidades de supervivencia. Pero, de pronto, la célula cambia de opinión y deja de identificarse con la comunidad”*.

Durante este proceso, las células se vuelven autónomas y comienzan a multiplicarse, tomando por completo el hábitat en el que se encuentran. Esas células necesitan alimentarse dentro de ese ambiente, por lo cual toman determinados nutrientes para seguir manteniendo su actividad. Es allí donde la calidad nutricional se pone en juego.

En 2018, *The World Cancer Research Fund* emitió la publicación *“Diet, Nutrition, Physical activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018”* en donde se describe el

proceso mediante el cual las células tumorales crecen y se multiplican. Se comprueba que el terreno propicio para el desarrollo del CCR se da cuando hay presencia inflamatoria en el organismo, por lo que la evidencia apunta primordialmente a la dieta. Un cuerpo que presenta desorden nutricional, tiene mayores probabilidades de que sus células no produzcan un normal proceso metabólico, por lo que el daño en el ADN no podrá ser correctamente reparado y, en consecuencia, se habilitará la posibilidad de desarrollar un cáncer.

Como este proceso desencadena un sinfín de secreciones pro inflamatorias, las encargadas de enviar las indicaciones al organismo cuando hay una amenaza, la evidencia registra que *“la inflamación crónica ha sido reconocida por mucho tiempo como una condición para el cáncer”* y, por ende, *“(…) ha sido involucrada en la conexión entre nutrición y cáncer en un gran número de estudios epidemiológicos y pre clínicos”* (capítulo “The cancer process”, pág. 33). Esto significa que la nutrición puede intervenir positiva o negativamente en el proceso de proliferación de las células tumorales.

Uno de los gastroenterólogos que forma parte de la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) y atiende hace más de 20 años en el Hospital Churruca, reconfirma esta información ya que las referencias indican que pacientes que enferman de CCR, generalmente tienen diagnóstico previo de alguna enfermedad inflamatoria que altera el funcionamiento de la flora intestinal, lo cual es generalmente producido por alergias a algún tipo de alimento. Y remarca que esta tendencia va en aumento. Continuando con esta idea, una médica y antropóloga argentina especialista en alimentación, puede resumirlo con la frase *“enfermamos como comemos”*.

La relación guardada entre el CCR y la dieta es una información confirmada y consistente con las declaraciones de las y los profesionales de la salud entrevistados en esta investigación. Tanto desde gastroenterología como cirugía, oncología y nutrición acordaron en la incidencia de la categoría **medioambiental**, lo que en palabras de una oncóloga del área de Gastroenterología del Hospital Roffo significa que *“el estilo de vida que lleven las personas es un factor de riesgo modificable”* por lo que la conducta puede condicionar exclusivamente la tendencia a enfermar de CCR.

De esta manera, en 2019 Inglaterra realizó una encuesta poblacional<sup>30</sup> desde el Departamento de Salud y Asistencia Social de la Secretaría de Salud para averiguar cuál era la posición de los ciudadanos y ciudadanas frente a la prevención en salud. Los resultados arrojaron que **la mayoría de las personas cree que la responsabilidad de su salud recae en lo individual y no en el estado**, lo cual actúa como indicador de que el trabajo de las políticas públicas en salud debe direccionarse hacia el mejoramiento las elecciones de las personas en considerando el plano individual.

---

<sup>30</sup><https://www.gov.uk/government/speeches/how-we-make-public-health-fit-for-the-future>

Un concepto que debe traerse a merced de este propósito es el de *Epitogénesis*. Una de las médicas clínicas y fundadoras de la *Asociación Argentina de Medicina Naturista* explica que *“todos nacemos con una deficiencia que es genética (...) pero tenemos algo por encima de ello que es lo epigenético. Comiendo mejor, cambiando los hábitos de vida y bajando el estrés, por supuesto no tener obesidad (...), ayuda a cambiar la calidad de vida”*. Y aclara que una mala alimentación, basada predominantemente en productos procesados, son los que desencadenan gran parte de los procesos inflamatorios que despiertan una reacción inmunológica en el organismo, dañando progresivamente las membranas celulares. Brinda el ejemplo de una célula como la mitocondria, que al ser la encargada de manejar la energía del cuerpo, recibe estímulos tan confusos debido a la mala calidad de los nutrientes que no sabe cómo actuar y termina enviando respuestas erróneas al cuerpo. Cada membrana comienza a debilitarse, se enferma, dañando así la estructura del ADN. Consecuentemente, esto se traduce en que las células de pacientes oncológicos *“se ven atrofiadas”*.

## CCR EN LA POBLACIÓN JOVEN

Si bien el primer argumento *per se* que se maneja en el ambiente médico para atribuir un diagnóstico de CCR es “la edad de las personas”, sería interesante profundizar y revisar estos supuestos para volver a la explicación sobre la ruptura del ADN celular, ya que la evidencia muestra que mientras mayor sea el tiempo en que las células se encuentren expuestas a un funcionamiento anormal e insuficiente, mayor será la predisposición para enfermar. Un organismo expuesto tempranamente a una alimentación deficiente y un estilo de vida sedentario, sumará más probabilidades de entrar en el grupo de riesgo.

En julio de 2019, *Colorectal Cáncer Canadá* publica en su portal los resultados del estudio *“National Trends in Colorectal Cancer Incidence Among Older and Younger Adults in Canadá”*<sup>31</sup> realizado sobre la población canadiense que fue detectada con CCR entre los años 1969 y 2016, con la intención de investigar qué corte etario presentaba mayor riesgo. Lo que se halló fue que **el diagnóstico en personas menores de 50 años creció significativamente** y que el salto de los casos detectados se da en particular a partir de la década de los 90.

Resultados similares se obtuvieron a partir del estudio *“Cancer Incidence Patterns in the United States, 1974–2013”* publicado por *The Journal of the National Cancer Institute*, donde se observa que las cifras de CCR en la población menor a 50 años pudieron haber sido atenuadas por el cambio de conducta en la baja en el consumo de alcohol y cigarrillo, pero **los cambios hacia un estilo de vida sedentario sumado a un**

---

<sup>31</sup><https://www.colorectalcancercanada.com/more-young-canadians-are-getting-colorectal-cancer-study-finds/>

**patrón dietario bajo en fibra y alto en carnes procesadas y azúcares**, actuaron como alicientes para empeorar el panorama de este corte poblacional.

Las proyecciones de la publicación *“Colorectal Cancer and Nutrition”*<sup>32</sup> indican que las proyecciones no mejorarán. **Para el año 2030, el incremento de la enfermedad en el rango etario 20-34 años será de entre un 90% y 124%**, por lo que contemplando este panorama, las generaciones X y Millennial comienzan a ser las más comprometidas en el futuro inmediato.

¿Cuáles son las medidas tomadas por la comunidad científica para detener el avance del CCR juvenil? Ante el lanzamiento del **Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal** en 2019 por parte del INC, junto con los cambios en los lineamientos mundiales, la Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAGE) realizó una revisión de sus recomendaciones, aclarando en su portal que: *“el CCR clásicamente se presenta en individuos mayores de 50 años, aunque en los últimos años se ha visto un aumento de casos en personas más jóvenes, lo que lleva a replantearnos la edad del inicio del rastreo de la enfermedad.”*<sup>33</sup>

Consultando sobre esta problemática a uno de los cirujanos de coloproctología del Hospital Italiano, se reconfirma este cambio de paradigma: *“nosotros lo discutimos un montón. Creemos que hay que bajar la edad 10 años. (...) Y bajar a 5 años el período entre colonoscopías porque estamos viendo que esa secuencia (desarrollo de adenoma carcinoma/pólipo) muchas veces **se está desarrollando mucho más rápido**”*. Además, sostiene que hoy en día están viendo más casos de población joven (alrededor de un 20%) y esto supone una alarma para el personal de la salud ya que como **la mayoría tiene un historial de antecedentes, deberían contar con información previa sobre cómo prevenir**. Y reconoce que eso no sucede.

Uno de los oncólogos clínicos de la sección oncológica del Hospital Udaondo, también hace eco de esta situación: *“**Cada vez vemos más**. Empezó como una sensación pero la verdad que se ha confirmado en todo el mundo que hay cada vez más cáncer en jóvenes. (...) Se diagnostica en la misma etapa pero más jóvenes. Si uno dijera que se diagnostica porque tenemos mejores herramientas, debiéramos diagnosticar todos tumores tempranos, pero no es lo que ocurre. Se están investigando las causas pero tiene que ver con los factores medioambientales, cada vez está todo en peores condiciones. **Lo que antes tardaba 50 años para desarrollarse un cáncer, ahora tarda 30. Y el CCR es el caso típico en jóvenes**”*.

Su propuesta gira en torno a **reforzar el foco en la promoción de la salud y que sea continuada en el tiempo**, porque a pesar de que el CCR es de los cánceres más frecuentes y con métodos de prevención claros, confiesa que *“se nos escapan los jóvenes”*. Las declaraciones al Diario Clarín de Lisandro Pereyra,

---

<sup>32</sup><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6357054/pdf/nutrients-11-00164.pdf>

<sup>33</sup><https://sage.org.ar/nueva-guia-del-instituto-nacional-del-cancer-para-la-prevencion-y-deteccion-temprana-del-ccr/>

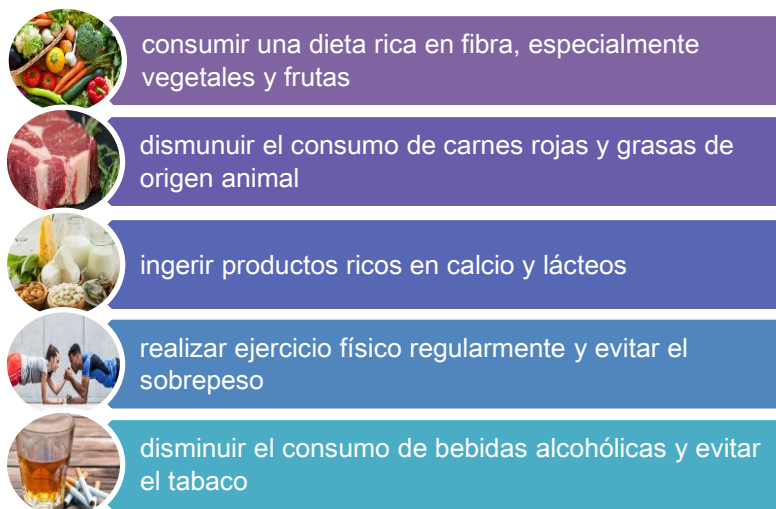


integrante del departamento de Gastroenterología y Endoscopía del Hospital Alemán<sup>34</sup>, reportan que **sólo un 27%** de la población en edad o grupo de riesgo se ha realizado los estudios correspondientes, hecho que repercute en que **sólo el 37%** es detectado en las etapas tempranas.

## CCR Y LA DIETA ARGENTINA

*“Tanto la dieta como las actividades que las personas adoptan pueden incidir en las diferentes etapas del desarrollo del CCR, ya sea previamente a la aparición de los adenomas, durante el crecimiento de éstos o en el proceso de transformación a cáncer”.*

*Las recomendaciones son:*



Este extracto de la Guía del *Programa Nacional de Prevención y Detección temprana del CCR*, documento consensuado con científicas/os especialistas, deja en claro desde el primer capítulo cuáles son los lineamientos más urgentes para colaborar en la prevención de la enfermedad. También se detalla que **“alrededor del 75% de los pacientes con CCR son esporádicos, se desarrollan en personas que no presentan antecedentes personales ni hereditarios demostrados de la enfermedad y, por lo tanto, factores dietéticos y ambientales han sido implicados en la etiología”**, fundamentos que también aplican para el **25% restante de la población**, la cual se cataloga como de **alto riesgo por padecer antecedentes**.

Una licenciada en nutrición y parte del Servicio de Gastroenterología del Hospital Churrucá, considera que **“es muy importante la trayectoria alimentaria de las personas porque se puede prevenir tanto**

<sup>34</sup>[https://www.clarin.com/sociedad/cancer-colon-aconsejan-comenzar-estudios-preventivos-anos\\_0\\_QvfYw2poV.html](https://www.clarin.com/sociedad/cancer-colon-aconsejan-comenzar-estudios-preventivos-anos_0_QvfYw2poV.html)

*como provocar el cáncer*”. Comenzó trabajando en el área de “Calidad de vida” del hospital con la intención de hacer trabajo en prevención a través de talleres de alimentación saludable, pero como tales temáticas son **supeditadas al interés de las autoridades** de turno, con los cambios de estructura, proyectos como el que menciona se paralizan de un día para otro. El único taller que se sostiene en el tiempo es el destinado a pacientes con Cáncer de Mama.

Casualmente, detecta que la demanda proviene mayoritariamente de pacientes porque, como sucedió en un caso en concreto, consultantes **llevan sus inquietudes al equipo de oncología sobre qué plan dietario seguir** y es en ese momento cuando surge la necesidad de armar capacitaciones relacionadas a temáticas de alimentación, no antes.

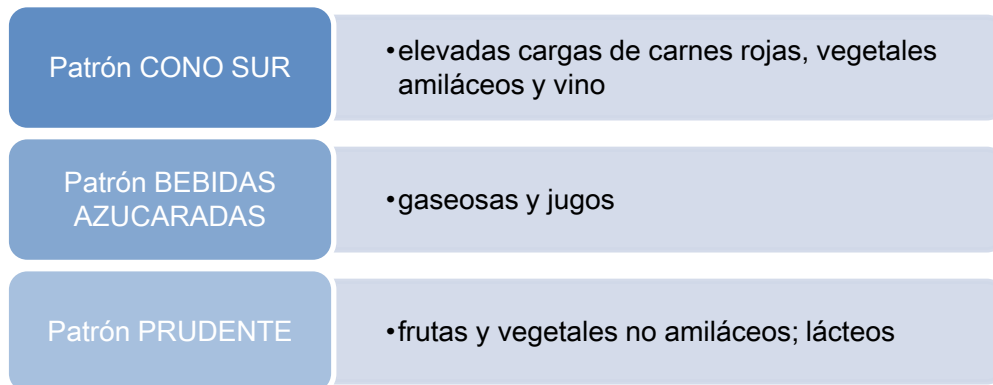
Desde el año 1987, *The Academy of Nutrition and Dietetics* emite una declaración de postura especificando que *“las dietas vegetarianas, incluyendo la veganas, planificadas de manera adecuada, son saludables, nutricionalmente adecuadas y pueden proporcionar beneficios para la salud en la **prevención y el tratamiento de ciertas enfermedades**”*.

Para el caso del CCR, se advierte que *“en una revisión sistemática y meta análisis de 26 estudios epidemiológicos, el riesgo relativo de adenomas colorrectales fue de 1,27 por cada 100gms. de ingesta diaria de carne roja y 1,29 por cada 50gms. de ingesta diaria de carne procesada”*, comprobando que una dieta elevada en fibra vegetal, como la que llevan adelante personas vegetarianas/veganos, tiende a reducir el riesgo (Vesanto, M; et al; 2016).

Otro factor importante relacionado a las carnes para tener en cuenta, considerando las poblaciones de riesgo de Argentina, es la forma de cocción más habitual y arraigada culturalmente: el asado. Los estudios muestran que **cuando se cocinan carnes a la parrilla, se forman hidrocarburos aromáticos y aminas heterocíclicas, los cuales se convierten en alicientes para la proliferación de tumores cancerígenos** (Pérez Rodrigo, C; 2006).

La Universidad Nacional de Córdoba, en el marco del proyecto “Exposiciones ambientales y Cáncer en Córdoba” realizó una investigación sobre patrones alimentarios y Cáncer. Como la alimentación es considerada dentro del grupo de los factores medioambientales, se entiende que si *“el 35% de los tumores malignos están asociados con factores alimentarios, serían prevenibles mediante una alimentación y nutrición apropiadas”* (Pou, S; y cols.; 2013). Por lo tanto, el objetivo de este grupo de investigadores fue registrar los hábitos de consumo de personas que tuvieron diagnóstico de Cáncer Colorrectal, Mama y Próstata.

En principio, se realizaron algunas distinciones en cuanto los patrones de consumo poblaciones para estudiar la conducta alimentaria de los distintos grupos, y los tres que predominaron fueron:



Para el caso de personas con diagnóstico CCR, se comprobó que tanto **Patrón Cono Sur** como **Patrón Bebidas Azucaradas** tienen un **efecto promotor para elevar el riesgo de ocurrencia**, mientras que el **Patrón Prudente** mostró tener un efecto protector sobre el intestino.

Aunque se considera que el *Patrón Occidental* es el regente principal para agrupar al resto de los patrones mencionados, *“es importante aclarar que las costumbres alimentarias de los argentinos presentan ciertas particularidades que las diferencian de otros países latinoamericanos: elevado consumo de carnes rojas, frecuente cocción de carnes a la parrilla, habitual ingesta de vino y el consumo típico de la infusión mate, entre otros. Particularmente en Córdoba, ciertas características de la dieta en la ciudad capital fueron asociadas al riesgo de cáncer en estudios anteriores”*.

Las y los profesionales consultados consideran especialmente que dentro de los factores de riesgo, el estilo de vida y alimentación tienen un peso relevante frente al resto, junto con la actividad física y el hábito de fumar. El cirujano de coloproctología entrevistado comenta que *“cuando se examinan los factores de riesgo, aparecen las **carnes rojas. Hay suficiente evidencia**”*. Y esto se refleja particularmente en la disparidad de las estadísticas nacionales de CCR cuando se compara zona norte/zona sur. Clarifica estas mediciones comentando que *“hay divergencia de la incidencia a lo largo del país estrictamente relacionado con la dieta con mayor presencia de fibra”*.

Suma el ejemplo de una **enfermedad como la diverticular**, la cual se observa en **más del 80% de la población occidental y está relacionada estrictamente a la baja ingesta de fibra**. En contraste, la alta disponibilidad de fibra que mantiene la población africana con el consumo de productos basados en plantas, posibilita la ausencia de esta enfermedad. Un refuerzo más para atender la relación que guardan las enfermedades intestinales con la dieta.

Es así como estudios clínicos investigaron la incidencia de la forma de alimentación y la formación de pólipos como factor de incremento del riesgo de aparición de CCR. La causa rectora trata de explicar las diferencias encontradas en países con distintas tendencias de consumo. Por un lado, países tales como Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda, Dinamarca y Suecia, entre otras, contrastando con países como India, Sudamérica y África. Se observó que en los países con dietas predominantemente grasas, la incidencia de este tipo de neoplasia es más alta en comparación con el otro grupo, lo que supone que estos hábitos alimentarios pueden actuar como factor desencadenante (Rodríguez Fernández, Z.; 2015).

El gastroenterólogo clínico del Hospital Churrucá tiene en cuenta que los embutidos y las carnes fueron incluidos en la categoría “cancerígenos” por la OMS; entonces sugiere como primera recomendación que se incremente la fibra y que se baje el consumo de carnes, porque *“la dieta tiene que ser importante porque muchos fármacos tapan los síntomas, por lo que cuando se les disminuyen las dosis (de la medicación), el cuerpo no responde de la misma manera. Tienen que pensar en su futuro cuando se alimentan”*. Y esto lo sostiene desde el conocimiento del consultorio porque sus observaciones indican que si bien hay una alta interferencia de la cultura en el acto de comer saludable, cuando se logra **el cambio hacia una dieta alta en fibra, nota las mejoras**.

El oncólogo clínico del Hospital Udaondo refuerza este concepto, porque según su experiencia, *“hay una relación clara entre inmunidad y alimentación, y el cuadro empeora cuando llegan **pacientes vulnerables con alimentación deficiente**”*. Además asiente que *“hay un montón de evidencia con las carnes”* y por eso mismo las recomendaciones mundiales apuntan al patrón de dieta mediterránea, caracterizado por la baja ingesta de carne.

Desde la mirada de la medicina naturista, las recomendaciones para la evitar proliferación de los tumores colorrectales también se dan en torno a **subir consumo de vegetales frescos y bajar la cantidad de carne, pero además, se le atribuye un papel crítico a los derivados de animales**. La médica naturista transmite la información que se maneja en el ámbito acerca de la leche a sus consultantes. Habla de la incompatibilidad de los factores de crecimiento de las distintas especies, que es el proceso mediante el cual los animales se desarrollan y crecen. Esto ha cambiado contundentemente en un tiempo muy acotado porque *“se estimula el crecimiento de la vaca por un tema económico. El ejemplo de las vacas lecheras... anteriormente servían para la industria 16 años. Ahora con la estimulación del crecimiento, se ha acortado el proceso a 12 años. Esas proteínas que deben ser dirigidas al ternero, las toma el ser humano. En base a ello, en Estados Unidos se empezó a investigar la relación entre Cáncer de Mama y consumo de leche porque la tasa de enfermedad comenzaba a crecer rápidamente entre las mujeres. Antes la leche era leche, ahora está llena de grasa porque las vacas son inducidas a tener cuerpos grasos”*.

Uno de los fundamentos de este desajuste del organismo lo encontramos en la aplicación desregulada de medicación hormonal destinada a vacas y gallinas para lograr la estimulación de la fertilización para su reproducción continua (terneros y leche / pollos y huevos) y el suministro de antibióticos para evitar enfermedades ligadas tanto a la alimentación -antinatural- de engorde (maíz, soja transgénica, balanceado) como a las condiciones de hacinamiento en que son criados. A la luz de estos hechos, se sospecha que gran parte de los trastornos intestinales pueden deberse a los grandes protagonistas de la dieta argentina: carnes, leche, queso y huevo (Barruti, S.; 2018). Estas modificaciones introducidas por la industria, repercuten en los cuerpos de las y los consultantes. El listado de los casos más mencionados abarca diabetes, hipertensión, obesidad, trastornos metabólicos y cáncer. La nutricionista del Hospital Churrucá agrega: *“y hablamos también de **obesos con peso normal**. Son cuerpos con volumen graso”*.

Según un monitoreo de tendencias de consumo sobre la región latinoamericana *“Concern Monitor 360°”* realizado por Kantar Worldpanel, sólo un **29% de la población argentina siente preocupación acerca de cómo se alimenta**, pero aunque una buena alimentación no logra ser la regla general, un 50% declaró que disminuyó el consumo de ingredientes como grasas, harinas, sodio, y un 27% declaró haber sumado cereales a su canasta de consumo<sup>35</sup>. Un dato que puede ser alentador: **el 9% de la población argentina es vegetariana/vegana**<sup>36</sup>.

El grupo de consultantes sobre el que trabaja un licenciado en nutrición e investigador de las dietas basadas en plantas registra que: *“las personas que recibo ya vienen con algún tipo de información sobre los efectos que producen algunos alimentos de origen animal en la salud. Consumen una vez por semana algún tipo de carne”*. Comenzó a recibir consultantes oncológicos y en paralelo comenzó a investigar por motus propio sobre la alimentación basada en plantas ante la ausencia de información durante su trayecto formativo, por lo cual detecta que *“el sesgo es importante. **No enseñan cómo abordar las patologías alimentarias**. Legumbres y frutos secos prácticamente no se nombran. Cuando vemos la fórmula desarrollada sobre la distribución de alimentos y cantidades, los primeros alimentos que aparecen son la leche, el queso, el huevo y las carnes (...) pero siempre **los primeros alimentos que se recomendaban o enumeraban eran los de origen animal**. No conocemos las legumbres, ni como se preparan”*.

Hacer la diferenciación entre **“alimentos”** y **“comestibles”** es un ejercicio recurrente en el ámbito de la alimentación saludable, lo cual lleva a poder diferenciar con más claridad cuáles son los factores beneficiosos para el intestino y cuáles lo deterioran. Los **“alimentos”**, comenta el nutricionista, *“están constituidos por fibras fermentables, que al ir pasando por el intestino, las bacterias se van alimentando y*

---

<sup>35</sup> <https://www.kantarworldpanel.com/ar/Noticias/Tendencias-del-consumo-en-Latinoamérica---2019>

<sup>36</sup> <https://www.lanacion.com.ar/lifestyle/veganos-vegetarianos-son-mas-4-millones-argentina-nid2298027>

*con esta fermentación (...), las bacterias benéficas pueden crecer y generar un microbioma mucho más adecuado, más saludable”.*

¿Y qué es la **“microbiota”**? Es un sistema que se ubica a lo largo del tracto intestinal, en el que conviven trillones de microorganismos metabolizadores de remanentes de comida, secreciones intestinales y jugos digestivos. Su gran importancia se debe a que en él se alojan muchos más microbios que la cantidad de células que constituyen el cuerpo humano, y el colon es uno de los órganos que más densidad poblacional posee. Dentro de este ambiente, se producen los procesos fermentativos que posibilitan la producción de vitaminas K, B12, tiamina y riboflavina, las cuales se consideran que tienen un **impacto en la proliferación de las células cancerígenas**. Como para la proliferación de las células se requiere disponibilidad de nutrientes y energía, **un cambio en la dieta responde directamente a esta causa, provocando una acumulación de modificaciones genéticas y epigenéticas** (Raskow, H., et al; 2017).

Una nutricionista del Hospital Italiano realiza trabajos de investigación sobre la microbiota junto con el equipo de coloproctología, por lo que agrega que *“todas las recomendaciones mundiales están tendiendo a la alimentación basada en plantas. El foco está puesto más que nada en los ultra refinados. (...) Ciertos factores favorecen, como el estrés, el sedentarismo, la alimentación chatarra, baja en fibra, lo que es delivery y paquete... todo esto hace que se genere una inflamación intestinal crónica y la microbiota es la mediadora en todo esto. Ahí está el 70% del sistema inmune. Hace que aumente la inflamación y esto favorece muchísimo a las enfermedades autoinmunes, al cáncer. Y obviamente con un estilo de vida saludable, con alimentación basada en plantas no es que vas a solucionar eso, pero se mejora”.*

Volviendo a los resultados del estudio *ABCDieta*, se observa que **en la mesa argentina se consume sólo 1/4 de productos frescos**, por lo que la categoría a la que también debe apuntarse es la de los alimentos procesados y refinados. Ingredientes sintéticos son adicionados por la industria alimenticia en sus productos envasados y conforman la fórmula base de un sinfín de comestibles que se comercializan en los distintos tipos de puntos de venta donde se abastece la población. El alto porcentaje del consumo puede explicarse en parte porque **el 45% de la población argentina se abastece en cadenas de supermercados**, dejando por detrás los distintos tipos de locales barriales<sup>37</sup> y en consecuencia, es dentro de estos comercios donde hay mayor prevalencia de este tipo de productos por sobre alimentos frescos. Un mundo moderno en el que la jornada laboral es cada vez más extensa, gobernada por una sensación de cansancio crónica, empuja a la búsqueda de soluciones simplistas. Cuando esas decisiones se llevan al plato diario y se encuentran despojadas de espacios de cuestionamiento, es cuando ingresan los conflictos nutricionales.

---

<sup>37</sup><https://zubancordoba.com/portfolio/nacional-enero-2020/>

La antropóloga señala al respecto: *“los grandes creadores de sentido sobre qué comer ya no son más las abuelas cocineras, son los publicistas. A medida que avanza la industria alimenticia por sobre la cocina casera, avanza la obesidad, (...) porque la industria ha sido hábil para detectar algunas señales biológicas. Algunos ingredientes que nuestros antepasados no tenían disponibles cuando se desarrolló la anatomía, son irresistibles. No hay mecanismos fisiológicos para dejar de comer azúcar, ni grasa, ni sal. Nuestro cerebro nos dice ‘meté todo lo que puedas’. Ahora hay demasiado. Antes, la fuente de azúcar era la fructosa, la cual al ser obtenida por temporadas, no tenía disponibilidad inmediata. Además, los frutos eran de alta densidad fibrosa por lo que la digestión era más lenta. Los productos eran naturales. Los vegetales y animales, consumidos en menor medida, tenían características fibrosas, amargas, duras y estacionales. Los animales de caza eran magros”*.

Es en este punto donde surge la pregunta *“¿por qué las personas actualmente se alimentan así?”*. Y esto se responde a través de una *“industria que produce energía barata y macronutrientes caros. Una dieta promedio alcanza las 2000kcal. diarias y hoy se producen 4500kcal”*, las cuales deben ser consumidas porque la industria necesita darle rentabilidad a sus accionistas, y es así como ese nivel de consumo se ve reflejado justamente en esos cuerpos excedidos de peso, en esas obesidades en plural. Porque no es igual una obesidad de la abundancia a la de la escasez, donde los alimentos aceibles son los hidratos de carbono refinados, bebidas azucaradas y algunos tubérculos. Porque además, si hay algo que agrava este escenario, es la *“deslegitimación del tiempo dedicado a la cocina y tareas de cuidado. Sólo el ocio y la producción son valorados”* agrega la antropóloga.

El *Plan Nacional de PYD del CCR* también incluye a los hidratos de carbono altamente refinados dentro del tipo de alimentos dañinos y que interfieren en el desarrollo del CCR. En primer lugar, porque al pasar por el proceso industrial de refinamiento, quedan vacíos de fibra y nutrientes, los cuales son inherentes al grano; y en segundo lugar, porque al ser ingeridos, el organismo los descompone como azúcar, provocando que la secreción de insulina suba, y ese azúcar convertido en energía, sea transportado a cada célula. Como el alto consumo de azúcares tiene una relación estrecha con el proceso de carcinogénesis colónica, los estudios muestran que las dietas con alta carga glucémica, inciden en el riesgo de adenomas colorrectales y CCR.

Es así como la médica naturista entrevistada descrea que la alimentación industrial sea un modelo al que seguir aportando e insiste en que el desafío de la disciplina es enseñar a comer y recomendar alimentos en base a una nutrición real. Concluye que *“con la alimentación que llevamos, ¿cómo no nos vamos a enfermar?”*.



## ABORDAJE MÉDICO Y ABORDAJE NUTRICIONAL FRENTEAL CCR... ¿CUESTIONES SEPARADAS?

La antropóloga especialista en alimentación comenta que los modos de **alimentación que adoptan las personas actúan como factor pre-patológico**. Esto se puede trasladar a la idea de que la dieta argentina actúe como factor antecesor y motivador del cáncer. Sostiene que *“las enfermedades de la vejez son las enfermedades de occidente por el estilo de vida que llevamos. **Nutrición y medicina deberían ser lo mismo, pero los médicos están volcados exclusivamente a la enfermedad**”*. Consecuentemente, a la luz de la evidencia recolectada, es necesario caracterizar el tipo de abordaje médico que se implementa en el sistema de salud argentino y saber cuál es el nivel de integración con el área de nutrición para tratar a las dos poblaciones de mayor riesgo (antecedentes y diagnóstico).

Como se mencionó previamente, la población joven es la que cuenta con el factor exponencial de incidencia más alto y cuando hay presencia de enfermedad, se diagnostica a edades cada vez más tempranas. Respecto a la población con diagnóstico, si bien los datos nacionales no son confiables, la posibilidad de una recaída después del primer cáncer significa una tasa de supervivencia muy baja.

Sumado a esto, los diagnósticos se dan en etapas avanzadas de la enfermedad, en especial en población con niveles socioeconómicos más bajos. Tanto desde el área de Nutrición, como Gastroenterología y Oncología, reconocen que hay enormes dificultades durante la etapa transcurrida entre la prevención del CCR y el diagnóstico. Esta detección tardía es parte de un sistema de salud fragmentado que trabaja con consultantes que llegan tarde a la atención médica por falta de información, en especial porque el CCR no es un tema prioritario de la agenda sanitaria. Por este mismo motivo y como se comentó anteriormente, el Ministerio de Salud de Nación inició el relevamiento nacional de CCR recién en el año 2011.

Como indica el equipo del INC, existen varios atenuantes para lograr una efectiva comunicación sobre el CCR. Además de que en el imaginario colectivo el estudio causa temor por la exigencia de la preparación y sedación, también se suman los tabúes de la intervención como por ejemplo la incomodidad sexual que genera en los hombres el ingreso del colonoscopio a través del ano. Por esta misma razón, las estadísticas indican que las mujeres son las más predispuestas a realizarse el estudio.

Lo interesante de contar con esta información es que los diagnósticos tardíos de CCR se traducen en una carga presupuestaria elevada para cualquier sistema de salud. Los altos costos que conllevan los procedimientos de detección y las consecuencias que acarrea una etapa tardía (tratamientos oncológicos, internación, cuidados intensivos y paliativos) conducen a que la intención de **brindar un enfoque que refuerce la prevención a través de intervenciones nutricionales**, cobre fuerza. En especial porque según la OMS, el

impacto económico mundial del cáncer es tan grande que en 2010, la carga presupuestaria estimada fue de US\$ 1,16 billones<sup>38</sup>.

### Población de alto riesgo por antecedentes

Los protocolos indican que en cuanto a la población joven, deberían realizarse las preguntas necesarias para cumplir con el rastreo correspondiente y dar con población de alto riesgo para no llegar tarde al diagnóstico. Una vez captado ese público, debería brindarse el asesoramiento correspondiente para lograr una prevención eficiente y sugerir un monitoreo sencillo. Pero la oncóloga del Hospital Roffo, comenta que *“siempre estamos ahí un poco con la falencia en el primer nivel de atención. Todos deberían llegar por primera vez al sistema de salud, pero no pasa eso. A mí me llegan personas directamente al tercer nivel que es el hospital universitario de oncología. No pasan todos por el primer nivel. El médico de familia o la salita, eso que es la atención primaria, ahí deberían llegar para tener una posibilidad de intervenir, desde el control de salud básico. Debería ser como la puerta de entrada y adelantarse a todas las enfermedades que pueda llegar a tener una persona a determinada edad y hacer las acciones ahí, (...) nuestra población va directamente al especialista. Descree del médico de familia, cree que es ineficiente. Los consejos (de estilo de vida) que doy yo, deberían darlos los clínicos, generalistas. El paciente llega a mí, que estoy hiper especializada. No todos los hacen, no tienen el tiempo. Es difícil”*.

El gastroenterólogo del Hospital Churruca también capta a las personas cuando ya tienen síntomas de alguna patología. Hace una autocrítica y comenta que *“hay una disociación entre medicina y nutrición por lo cual se trabaja con nutricionistas porque tenemos una falencia muy grande con ese tipo de información”*. Pero el trabajo interdisciplinario no se realiza ni continuamente, ni con la totalidad de los consultantes. El oncólogo también acuerda en que el nivel primario de la salud no funciona correctamente y que *“está claro que (el asesoramiento nutricional) debería ser protocolar por el bajo costo para el sistema de salud”*.

Una vez más la oncóloga aporta que *“sería ideal un seguimiento dedicado. Debería darse asesoramiento nutricional previo a que la persona tenga problemas, pero el mayor obstáculo son los escasos recursos humanos”*.

### Población con diagnóstico de CCR

Dentro de los objetivos primordiales del INC se encuentra el de mejorar la calidad de vida de pacientes con CCR y para ello, es importante considerar el seguimiento protocolar implementado frente la

---

<sup>38</sup><https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

enfermedad. Según testimonio del cirujano de coloproctología, *“el procedimiento utilizado es el Protocolo ERAS. Esto permite practicar una medicina más eficiente y da transparencia de información para el seguimiento”*. Este protocolo significa un consenso mundial en cuanto a formas de abordaje para las personas diagnosticadas y que serán sometidas a una cirugía colorrectal. Los pasos incluyen: instancia pre quirúrgica, post quirúrgica y seguimiento tras el alta.

El documento científico sólo involucra el análisis del estado nutricional de pacientes como modo condicionante previo y posterior a la cirugía, por lo que sólo se brinda asesoramiento nutricional como requisito de estabilidad para ingresar a quirófano o para atenuar los riesgos asociados posteriormente.

Las y los referentes de los hospitales consultados (tanto privados como públicos), refieren que las unidades de Cáncer Colorrectal cuentan con profesionales que dan soporte nutricional, pero se les derivan consultantes solamente en casos que tengan bajo o alto peso, antes o después de la cirugía porque el peso afecta directamente a la evolución.

Un informante de oncología, al ser consultado por el trabajo interdisciplinario, opina que *“hay una tensión entre profesiones pero es clave incorporar nutricionistas al equipo. Hay conocimiento de la importancia de la disciplina pero no hay una derivación protocolar de pacientes a nutrición más que nada por falta de personal. Acá tenemos una nutricionista para todo el servicio. Vemos entre 200 y 300 casos por semana. Imaginate si le derivamos todos los pacientes”*. En tanto, las declaraciones evidencian la falta de asignación de profesionales de nutrición a los servicios.

## La nutrición en la internación hospitalaria

En 2019, el gobierno inglés anunció una medida para incorporar al sistema de salud: la revisión sistemática de las viandas brindadas en los servicios de internación de todos los hospitales del país. La iniciativa partió desde el Departamento de Salud y Asistencia Social, sosteniéndose en la mejoría de los indicadores de salud que se obtienen cuando se les brindan alimentos frescos y de origen local a pacientes que se encuentran en el servicio de internación<sup>39</sup>.

Generalmente, en la mayoría de los hospitales se ofrecen alimentos basados en proteínas de origen animal (huevos, pescado o pollo) tan pronto las personas puedan ingerir sólidos, *“a veces un día después de una intervención o de otro tratamiento invasivo, cuando el sistema digestivo e inmunológico debilitado son incapaces de enfrentarse a esas toxinas. (...) La congestión intestinal es terreno abonado para las infecciones microbianas, muy frecuentes en los ambientes hospitalarios”* (Moritz, A; 2005).

---

<sup>39</sup><https://www.gov.uk/government/news/hospital-food-review-announced-by-government>

Este tipo de situaciones suceden durante la internación y las indicaciones nutricionales se limitan a situaciones en que se detecta que hay faltante de nutrientes, en especial cuando se pierde peso por los trastornos que conlleva un tratamiento oncológico. La otra intervención ocurre una vez que se da el alta y la dieta que se recomienda es estandarizada, sin enfoque por carencias ni por patología. Una nutricionista del sector público suma argumentos comentando que: *“los médicos no tienen formación en alimentación. Salvo el médico que encuentres que por voluntad propia le gustó e investiga. No conocen. No te van a recomendar nada. Y después hay mucho cortocircuito entre médicos y el servicio de alimentación. Porque muchas veces es un servicio concesionado, por lo que los planes ya vienen hechos. A lo sumo tienen alguna modificación, pero algo muy básico”*.

La nutricionista del Hospital Italiano encuentra plena coincidencia en su ámbito de trabajo: *“En el hospital es muy difícil lograr todo lo que le digo al paciente porque hay un servicio de comida terciarizado, que la verdad toda empresa quiere rentabilidad. Entonces no es tan fácil armar un menú con frutas secas y otras cosas, no es tan fácil de llevar a cabo en una institución. Se contradice con lo que les digo porque a la mañana reciben la manteca con galletitas de agua”*.

Desde el ámbito de la medicina naturista también se remarca que las y los médicos no tienen información sobre nutrición. Las facultades de Medicina se desentienden de la temática y por eso mismo entre los principios de las asociaciones de medicina integrativa se intenta incidir en la agenda médica. Desde la perspectiva de otro de los nutricionistas, observa la misma situación y adhiere a la propuesta de darle entidad a la nutrición como disciplina dentro del ámbito médico ya que en la Universidad de Buenos Aires la cursada de nutrición es sólo de 2 semanas.

En el documental *“What the health?”* (Phoenix, J. y Kuhn, K.; 2017) se hace referencia a los conflictos de intereses que se anteponen a la capacitación nutricional del cuerpo médico y muestra las intenciones de alertar al ámbito médico sobre la importancia de la prevención nutrición. Si bien estos movimientos datan de largo tiempo, se deja al descubierto el lobby de las industrias farmacéuticas y alimenticias por sobre las asociaciones médicas. Además, ante la evidencia registrada de los conflictos de interés existentes dentro de la academia, se pone en revisión la relación con la producción industrial de los alimentos.

En base a esta cuestión, la antropóloga referencia un estudio producido por la Universidad Nacional de Quilmes, el cual sirvió de apoyo para el artículo *“No te comas el verso”*<sup>40</sup>, en el que especialistas realizaron una revisión sobre una gran cantidad de bibliografía mundial sobre investigaciones y certificaciones de alimentos. Esto arrojó como resultado que los alimentos industrializados tienen un aval de inocuidad, pero son de dudosa salubridad. Esos “alimentos” que se consumen cotidianamente pueden

---

<sup>40</sup><http://revistaanfibia.com/ensayo/no-te-comas-el-verso/>

presentarse como inocuos, pero como el consumo es continuado en el tiempo e interactúan con otros, se dificulta medir el verdadero impacto en la salud en tiempos de certificación, ya que esos estudios son realizados en poblaciones vulnerables, en un tiempo acotado y en cantidades mucho más concentradas. En consecuencia, este entrecruzamiento de “alimentos” a lo largo del tiempo, hace posible que las enfermedades se acentúen.

Citando la palabras del médico Michael Greger, *“más allá de lo casos de alergias o del consumo excesivo, no hay estudios que sugieran que el consumo de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres y frijoles tiene consecuencias negativas para la salud”*<sup>41</sup>. Cabe preguntar entonces, fuera del laboratorio... ¿podrían medirse estos resultados en indicadores de salud?.

### Los tratamientos oncológicos y la nutrición

Una vez dado el diagnóstico de CCR, dependiendo del estadio de la enfermedad es el tratamiento que se indica. Ante la necesidad de reducir tumores o de un proceso de metástasis, se requieren tratamientos que pueden ser: radioterapia, quimioterapia y/o medicación. Los síntomas de este tipo de tratamientos pueden derivar en complicaciones alimenticias debido a su nivel de agresividad.

Un resultado no deseado es la dificultad para ingerir alimentos debido a que frecuentemente se manifiesta intolerancia a la comida. También se describen episodios de reducción del olfato y gusto. Por ejemplo, el Departamento de Salud de Estados Unidos alerta que estos síntomas pueden durar más que el tratamiento y que para cirugías realizadas en estómago e intestino, se tenga alguna dificultad a largo plazo, por lo que una alimentación saludable se vuelve necesaria para que el organismo reconstituya los tejidos y recupere fuerzas a través de los nutrientes ingeridos.

Es así como ha crecido el interés de la comunidad científica sobre los estudios que abren la discusión de las consecuencias de los cambios de peso en la recuperación. Tanto la pérdida de peso como los casos que llegan con obesidad suponen enormes dificultades, por lo que sólo es en ese momento en donde interviene el servicio de nutrición (Van Zutphen, M.; 2019). Un cirujano de coloproctología menciona que ante la caída sostenida del peso, menores son las expectativas de supervivencia; y en el caso que se gane peso, se verá incrementada la mala calidad de la recuperación. Una de las nutricionistas consultadas confirma que esto es una situación de rutina ya que *“la atención nutricional se da a pacientes oncológicos en casos previos a la cirugía o de bajo peso previo al tratamiento”*.

La nutricionista entrevistada del Hospital Italiano comenta que: *“en lo que es cirugía, no se le da relevancia a la dieta. El cirujano te va a decir ‘comé de todo’ y muchos oncólogos te van a decir ‘comé de*

---

<sup>41</sup> <http://luxiders.com/es/como-no-morir/>

*todo que va a estar todo bien'. El médico tiene esto de 'la evidencia, la evidencia'. La verdad una sabe que no es así pero es bastante complejo convencer porque muchas veces también la palabra del médico es mucho más que las demás profesiones de la salud. Por eso el sistema de derivación es bastante complejo. Los casos en que hay mejor predisposición son en los de cáncer de cuello y cabeza porque el tratamiento está focalizado en la garganta, por lo que son más propensos a la desnutrición. Especialidades como ginecología oncológica tienen más apertura a derivar pacientes. Es ir ganándose un lugar".*

Pero como se mencionó anteriormente, el inconveniente se da en que los refuerzos nutricionales se pueden aplicar a través de suplementos (desnutrición) y en otros casos, las dietas son estandarizadas, por lo que este tipo de situaciones pueden derivar en complicaciones no esperadas.

Uno de los nutricionistas adhiere a este tipo de situaciones comentado al respecto: *"el factor común de los enfermos con cáncer es que los médicos les recomiendan comer de todo para no perder peso. Y los suplementos que les dan, son altos en azúcares. Sabemos que los alimentos que elevan la glucemia, generan mayor predisposición para que algunos tumores se desarrollen. Algunas medicaciones que les dan en el tratamiento tienen corticoides, y esto es contraproducente con el sodio industrial de las comidas procesadas porque se produce un efecto inflamatorio. Entonces las digestiones gástricas son bastante malas y tienen síntomas más frecuentes de gastritis, acidez, reflujo, náuseas. Entonces los alimentos de origen vegetal se terminan digiriendo más rápido (...) por una cuestión de la composición que tiene el alimento. Los de origen animal tienen mayor cantidad de colágeno y elastina que hace que cueste más digerirlo, es un alimento más difícil de desarmar. Estos efectos adversos hacen que las personas tengan menos apetito y el descenso de peso sea más veloz".* Luego suma *"que un paciente oncológico incluya legumbres en su dieta es clave. Hay mucho miedo con las legumbres pero como en pacientes diabéticos está estudiado que bajan los niveles de azúcares, en pacientes oncológicos la recomendación sería la misma. Hay algunos profesionales que están abiertos pero otros se asustan por desinformación".*

Información científica relacionada a la microbiota puede aportar más precisiones sobre el tema de la dieta durante y post tratamiento. Como las pruebas indican que el estado del microbioma tiene una alta incidencia en el proceso de tumorigénesis, se puede traducir en el efecto contrario: una reversión positiva en la calidad del ambiente microbiótico otorga como respuesta un proceso antitumoral. De esta manera, las sugerencias científicas apuntan a que el suministro de medicamentos a personas con cáncer tendrá que ser cuidadoso y responsable ya que la sumatoria de quimioterapia y fármacos puede incidir e inhibir la reacción inmunitaria que le corresponde ejecutar a la microbiota (Raskov, H.; et al; 2017).

Es así también como en el protocolo establecido por SAGE, las recomendaciones sugieren e incluyen el abordaje nutricional para el tratamiento de la enfermedad: *"Preferentemente, el diagnóstico, la estadificación, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con CCR debe ser realizado por equipos*

*interdisciplinarios especializados en el manejo de esta patología (incluyendo especialistas en cirugía, coloproctología, oncología, gastroenterología, diagnóstico por imágenes, anatomopatólogos, cuidados paliativos, nutrición, salud mental). En el caso de no contar con las herramientas necesarias para el abordaje completo de los pacientes, se sugiere su derivación a centros de referencia*<sup>42</sup>.

Además, tanto *The American Institute for Cancer Research* como *The American Cancer Society*, recomiendan una terapia nutricional basada en plantas dentro de los seguimientos post tratamiento, sea cual fuere el estado nutricional de la persona. En concordancia, una informante de nutrición aclara que: *“la tolerancia mejora porque baja la toxicidad. Les digo que traten de comer mejor durante el tratamiento”*.

La guía producida por *The World Cancer Research Fund* presenta un apartado para las personas que sobrevivieron a un cáncer y una especial recomendación se refiere a que *“todos los sobrevivientes al cáncer deberían recibir cuidado nutricional y una rutina de entrenamiento físico (Cap. Recommendations. Pág. 41)*. Algunos artículos dan un incipiente apoyo científico demostrando que el tipo de dieta occidental post cirugía incrementa las tasas de recaída mientras que una basada en plantas, las reduce. Para agregar algunos datos, se encuentra bajo estudio el consumo de frutos secos ya que indicaría que un consumo en estadio III de la enfermedad, puede reducir la tasa de recaída en un 42% y la mortalidad en un 57% (Thanikachalam, K.; Khan, G.; 2019). Por tanto, si bien la evidencia de los impactos de la dieta basada en plantas en sobrevivientes es limitada, el incremento de personas que padecieron la enfermedad en las últimas cuatro décadas ha llevado a que el reconocimiento de las investigaciones en este campo sea cada vez mayor.

Es fundamental destacar que como algunas/os consultantes pueden presentar dificultades para realizar ejercicio físico en el corto plazo por las secuelas de los tratamientos, el apoyo nutricional toma aun mayor relevancia. La nutricionista del Hospital Italiano que realiza acompañamiento durante el tratamiento oncológico, sugiere que se mantenga una dieta basada en plantas y sumen algún pescado. En esa cotidianeidad del hospital nota que: *“A algunos les cuesta más, en especial a los hombres, pero el cáncer pega y ahí es cuando algunas personas hacen el cambio. Pero mayormente se cuidan muchísimo y hacen un cambio notable”*. Respecto a la propuesta de protocolo de seguimiento nutricional, opina que sería necesario pero las fracturas entre las dos disciplinas podrían dificultar la implementación. Lo justifica diciendo: *“un listado de dieta antiinflamatoria lo hace cualquier profesional. Ahora el trabajo importante yo creo que es orientar y facilitarle al paciente lograrlo”*.

Contar con el apoyo de las demás disciplinas suma acuerdos entre las diferentes disciplinas ya que una de las oncólogas opina que: *“sería ideal un seguimiento dedicado. Debería darse asesoramiento nutricional incluso previo a que la persona tenga problemas, pero tenemos el obstáculo del recurso humano”*.

---

<sup>42</sup><https://sage.org.ar/wp-content/uploads/2019/05/PDF-guia-INC-CCR.pdf>

## El seguimiento después de un diagnóstico de CCR

Una de las personas que coordina el Programa Paciente Experto de la *Fundación Hospital Universitario*, comenta que se comenzaron a promover cursos para formar formadores en Argentina hace 2 años y que *“el objetivo de este programa es capacitar a una dupla integrada por una persona que haya tenido la enfermedad junto con algún personal de salud que trabaje en el área de enfermería, psicología, o alguna disciplina que no genere fricciones con las indicaciones del ámbito de la medicina, y brindar herramientas para acompañar a familiares o mismos pacientes con diagnóstico, para que puedan atravesar la enfermedad con un mejor acompañamiento y mejoren su pronóstico. En España se viene trabajando en esto hace unos años y hemos logrado cosas muy importantes. (...) La voz del paciente es muy escuchada y en las principales ciudades como Barcelona, Madrid y Andalucía se pudieron formar muchos grupos de pacientes que son escuchados por el cuerpo médico que trabaja en cáncer. Por ejemplo, en Andalucía se logró la inauguración de un hospital con 3 pisos dedicados exclusivamente a hacer talleres y mantener informados y vinculados a pacientes oncológicos”*. Los talleres que se brindan abarcan 4 tópicos: **alimentación saludable**, actividad física, manejo del estrés y cuidados. Lo enriquecedor de esta propuesta es que las personas recuperadas, dan testimonio y pueden guiar a otras que se encuentran transitando la enfermedad.

La oncóloga del Hospital Roffo recalca que en otros países se **dedica un espacio para los testimonios de personas que padecieron la enfermedad dentro de los Congresos Oncológicos**. Y esto parece ser una técnica cada vez más utilizada ya que una de las nutricionistas detecta que llegan con mucha información, por lo que la imagen de pacientes pasivos que reciben únicamente la información de los profesionales médicos, ya no es el escenario habitual. Esto se ha visto beneficiado por la apertura informativa que produce internet y también por las inquietudes que generan las terapias alternativas y que intentan encontrar algunas respuestas que el sistema médico tradicional no puede dar.

Según las declaraciones brindadas a *Huff Post*, la doctora Fang Fang Zhang, una onco-epidemióloga que investiga sobre la relación cáncer y nutrición, **considera poco acertada la recomendación de comer todo lo que deseen las personas antes y después del tratamiento**, en especial porque no se hace foco en la calidad de los alimentos. Considera que los beneficios de **una dieta basada en plantas son claros, tanto para evitar la incidencia como la recaída**. Enfatiza en que si no se dan las indicaciones correspondientes desde el inicio del tratamiento para poder iniciar la transición hacia una alimentación saludable, más bajas son las chances de que esos malos hábitos se reviertan<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup>[https://www.huffpost.com/entry/links-between-healthy-diet-preventing-cancer-recurrence\\_b\\_58f65897e4b015669722533c](https://www.huffpost.com/entry/links-between-healthy-diet-preventing-cancer-recurrence_b_58f65897e4b015669722533c)



En otra nota para *Los Angeles Times*<sup>44</sup>, señala que si bien es sugerido que esta población de alto riesgo realice un cambio radical en su alimentación, sucede todo lo contrario. A través de un estudio que comparó población que enfermó de Cáncer con población sin diagnóstico, se pudo comprobar que las personas recuperadas se alimentaban con baja calidad nutricional previa al diagnóstico y una vez que la enfermedad fue detectada, continuaban con esta tendencia y no se observan cambios significativos respecto al resto de la población. Una teoría que se baraja es que los grandes niveles de estrés por la incertidumbre del diagnóstico pueden incidir en conductas compensatorias de la angustia, y eso lleve a reforzar la ingesta de alimentos menos saludables. Por esto mismo, el trabajo de acompañamiento de profesionales de la salud es fundamental durante este proceso.

*“Moving bright, eating smart”* es el primer estudio que se realizó en un país asiático (Hong Kong) para medir las repercusiones que puede producir una modificación de conducta en la alimentación y actividad física sobre personas recuperadas de CCR, especialmente porque en este país es el 2do. tipo de Cáncer en tanto tasas de incidencia como mortalidad. Hay dos objetos de estudio que pueden aportar información para esta temática: cómo afectan los cambios positivos del estilo de vida en la supervivencia, y el reconocimiento de la disparidad en la forma de alimentación de la cultura asiática respecto a la occidental, considerada esta última como principal factor de riesgo (Ho, J. W., et al; 2013).

*“The COLON study”* es una de las apuestas europeas vinculada al estudio de los efectos de la dieta y el estilo de vida en la recurrencia, la supervivencia y la calidad de vida post CCR en Holanda. Se proyectó que en 2015 finalizaría el reclutamiento de la totalidad de personas necesarias y los resultados finales estarían disponibles luego de 5 años de seguimiento, con la intención de cuantificar el impacto de la nutrición en el escenario posterior a la enfermedad (Winkels, R.; 2014). Otros estudios encontraron que en algunos casos puede existir un riesgo de recidiva posterior a los 15 años de la cirugía por la modificación de la fluidez biliar en el intestino. El estreñimiento, traducido como baja ingesta de fibra, figura como factor predisponente (Rodríguez Fernández, Z.; 2015).

También se obtuvieron resultados exitosos en estudios que observaron pacientes que fueron detectados en la Etapa III de CCR. Una dieta basada en vegetales, rica en frutas y cereales integrales, junto con una actividad física de rutina, determinó una reducción del 42% de riesgo de muerte durante la observación de los 5 años siguientes de la recuperación (Hopkins Tanne, J.; 2018).

En China, existe un refrán que dice que **“las enfermedades entran por la boca”**, lo cual se refleja en una investigación en donde se realizó una **intervención sobre la dieta de personas chinas recuperadas de CCR**. Los resultados **fueron significantes en cuanto la mejoría de sus pronósticos** por lo menos por los 24

---

<sup>44</sup><https://www.latimes.com/science/sciencenow/la-sci-sn-cancer-survivor-nutrition-20151009-story.html>

meses posteriores a su alta. Se indica además que los sujetos de la muestra se vieron más propensos a recibir consejos de sus dietistas una vez que terminaron el tratamiento (Lee, C. F., et al; 2018).

Reforzar el vínculo nutricional después de la enfermedad es un objetivo primordial en tanto que la obesidad se nombra como el factor que más predispone a las personas para volver a enfermarse, por lo que una dieta basada en plantas es suficiente recomendación para controlar el peso y otros indicadores que promueven una inmunidad de calidad (Zhang, F.; 2015).

A pesar de que por el momento la academia considera que la producción científica respecto a la nutrición-CCR presenta algunos desencuentros en los diseños metodológicos de los estudios (Emenaker, N. J., & Vargas, A. J.; 2018), hay evidencia concertada en que al mejorar el estilo de vida, se adquieren numerosos beneficios para mejorar las perspectivas de la sobrevivencia. Es así como la guía de recomendaciones divulgada por *The World Cancer Research Found* presenta un capítulo destinado a personas recuperadas del cáncer, e invitan a exigir un asesoramiento nutricional para lograr mejorar las chances en cuanto supervivencia y reincidencia. Para concluir, este grupo de especialistas declara:

***“El panorama que se vislumbra en cuanto a personas que van a enfermarse de cáncer en el futuro es tan desalentador, que se necesitará reforzar el plano de las políticas públicas debido a que el incremento en el gasto de salud para este fin, será inevitable. Reeducar a la población que padeció la enfermedad es una urgencia que por el momento no tiene relevancia.***

***Seguir dietas que se basen en plantas en vez de animales contribuyen directamente a conseguir objetivos de sustentabilidad, lo cual impacta fuertemente en los indicadores medioambientales, reduciendo el nivel de afectación en la salud de las personas”.***

## CONCLUSIONES

Sería interesante marcar una diferencia sustancial para este trabajo. Luego del recorrido bibliográfico y la realización de entrevistas en distintas instituciones involucradas en salud, se puede concluir que **el discurso institucional predominante en el ámbito médico es el que se vincula estrictamente con la enfermedad una vez ocurrida**. Por medio de los testimonios recolectados, se entiende que la enfermedad es **abordada desde la sintomatología y su posterior curación, a través de la aplicación de tratamientos alopáticos**, dando lugar a una serie de interrogantes que deja por fuera información relacionada tanto a los procesos que causan la enfermedad como a la prevención de la misma.

La información médica brindada en los encuentros responde predominantemente a un enfoque referenciado en los **procedimientos de detección (TSOMF o VCC)**, dejando **expuestas las diferencias con otras disciplinas** como la medicina naturista, la nutrición y la academia. Desde estas perspectivas, el abordaje de la enfermedad se apoya en la **prevención y los cambios del estilo de vida**, comprometiendo acciones que deberían **originarse desde el primer nivel de salud** y que en base a los testimonios, no llega a ocurrir. En parte debido a las dificultades propias del sistema descentralizado de salud para articular acciones, tanto como dentro del mismo cuerpo médico.

Asimismo, **no debería pasarse por alto el trabajo que se viene realizando desde la salud pública y las sociedades científicas para lograr disminuir la incidencia y la mortalidad** de esta enfermedad, aplicando estrategias de prevención, especialmente en la población asintomática.

Si bien la población en general también debe ser alcanzada por campañas de prevención del CCR, al ser una temática no instalada en la conciencia colectiva y un tanto tabú, **se sugiere que la prioridad sea enfocada hacia las poblaciones con riesgo aumentado**. Con la evidencia de los beneficios de la dieta basada en plantas sobre el CCR, **la modificación de la conducta nutricional de estos 2 cortes poblacionales deberá ser materia de trabajo para las y los tomadores de decisiones**, repercutiendo más allá de esas poblaciones atendidas prioritariamente, ya que pueden actuar como catalizadores de cambio y contagio en sus vínculos, logrando una prevención primaria indirecta.

El balance final de las conversaciones refleja puntos de consenso y desencuentro. Estos se resumen de la siguiente manera:

### CONSENSO

- Crisis del escenario sanitario respecto al CCR.
- Sistema sanitario nacional altamente fragmentado.
- Ausencia de agenda e intención política para instalar campañas de concientización, prevención y detección del CCR.
- Importancia del rol del Estado y las Políticas Públicas.
- Fallas en el nivel de atención primaria para lograr una intervención temprana de la enfermedad.
- Relevancia de la dieta.
- Tensión y disociación de abordajes entre nutrición y medicina clínica.
- Insuficientes recursos profesionales para dar soporte nutricional en los servicios de CCR.
- Evidencia de la incidencia de las carnes rojas.
- Mejora en la alimentación como productora de mejoras en los indicadores de salud, lo que repercute en alivio del presupuesto en salud.

### DESENCUENTROS

- Reconocimiento de la importancia de la alimentación basada en plantas sobre el impacto de la enfermedad.
- Reconocimiento de la falta de capacitación en materia de alimentación de los profesionales de la medicina.
- Necesidad de jerarquizar la nutrición en el acompañamiento de la enfermedad.
- Importancia de la alimentación durante el período de internación.
- Implementación de recomendaciones nutricionales durante y post tratamiento (alta y seguimiento).
- Lugar activo a consultantes.
- Seguimiento personalizado para trastornos alimenticios.

Como recomendación final, se propone delinear a futuro una estrategia que contemple la **implementación de un protocolo de derivación nutricional obligatoria** ante la presencia de casos de personas que cumplan con los requisitos de las dos poblaciones de mayor riesgo.

**En la población joven con antecedentes** debido a que la situación es crítica en cuanto a que la detección de CCR se da en estadios avanzados. A pesar de ser uno de los cánceres considerados como prevenibles, el consenso profesional observa que al fallar la atención primaria, **la información es poco focalizada**, por lo que la conducta de las y los consultantes no se ve modificada ante la probabilidad de un riesgo incrementado.

**En la población con diagnóstico de CCR** porque al ser el segundo cáncer con mayor mortalidad y con pronóstico negativo ante una recaída, según el WCRF, **un dispositivo de seguimiento nutricional puede actuar como soporte dentro de los cuidados paliativos para mejorar las condiciones de las personas enfermas** durante y post tratamiento, considerando el crecimiento de la expectativa de vida y el incremento de personas que sobreviven al cáncer. El **impacto sobre las recidivas** debe ser un tema a considerar.

De este modo, el recorrido realizado en este trabajo busca **abrir la discusión sobre el lugar que se le asigna a la prevención primaria y al seguimiento de pacientes con CCR en materia de recomendaciones nutricionales**. Para tal fin, instalar el tema en agenda deberá ser la primera tarea a concretar, permitiendo así dar la entidad necesaria a una problemática de salud tan importante como lo es el CCR.

Será necesario también **comprometer a la comunidad científica para promover la generación de estudios que registren los beneficios de la dieta basada en plantas** en contraposición a la dieta “occidental” adoptada por la población argentina, revisando la evidencia disponible a nivel mundial.

La **comunidad médica también deberá tomar parte en la problemática** con el fin de proyectar trabajos que midan los costos-beneficios de implementar una **derivación nutricional protocolar y automática que sea transversal al abordaje clínico del CCR frente al abordaje tradicional**, poniendo en relevancia los riesgos conocidos que provoca un alto consumo de productos cárnicos e industrializados, y cómo afecta en la incidencia de la enfermedad. Una vez tomada esta dirección, sería importante por demás **incluir dentro de las prioridades, la voz del consultante y armar dispositivos de contención mediante grupos de apoyo** con personas que hayan vivenciado la enfermedad, en conjunto con profesionales de nutrición.

Se espera que en un futuro inmediato, **una mesa de diálogo de especialistas en nutrición, referentes de la academia, investigadores en alimentación basada en plantas, asociaciones naturistas y médicas** sea posible, a fin de que esta multiplicidad de actores pueda ser involucrada para **trabajar interdisciplinariamente**, con el objetivo de armar una propuesta única, consensuada y transversal, que sume herramientas para combatir una enfermedad tan importante como lo es el Cáncer Colorrectal.

## BIBLIOGRAFÍA

### DATOS MUNDIALES

- ✓ Resolución WHA55.23. “*Régimen alimentario, actividad física y salud*”. En: 55ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002. Volumen 1. Resoluciones y decisiones, Anexos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002 (documento WHA55/2002/REC/1): 30-32.
- ✓ GBD 2017 Diet Collaborators. “*Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*”. Lancet 2019; 393: 1958–72 Published Online April 3, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30041-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8).
- ✓ Murray, C. J., Atkinson, C., Bhalla, K., Birbeck, G., Burstein, R., Chou, D., Dellavalle, R., Danaei, G., Ezzati, M., Fahimi, A., Flaxman, D., Foreman, G., Gabriel, S., Gakidou, E., Kassebaum, N., Khatibzadeh, S., Lim, S., Lipshultz, S. E., London, S., Lopez, ... U.S. Burden of Disease Collaborators (2013). “*The state of US health, 1990-2010: burden of diseases, injuries, and risk factors*”. JAMA, 310(6), 591–608. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.13805>
- ✓ “¿Cuáles son los países con más obesos en el mundo?”. Disponible en: [https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160401\\_salud\\_paises\\_mas\\_obesos\\_lb](https://www.bbc.com/mundo/noticias/2016/04/160401_salud_paises_mas_obesos_lb)
- ✓ Ferlay, J; Soerjomataram, I; Dikshit, R; Eser, S; Mathers, S; Rebelo, D; Parkin, M; Forman, D; Bray, F. (2012). “Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012”. International Journal of Cancer.

### DATOS POBLACIONALES NUTRICIÓN

- ✓ Dawn Williams, C; Satia, J; Adair, L; Stevens, J; Galanko, J; Keku, T & Robert S. Sandler (2010). “*Dietary patterns, food groups, and rectal cancer risk in Whites and African Americans*”. Cancer Epidemiol Biomarkers; 18(5): 1552–1561. doi:10.1158/1055-9965.EPI-08-1146. National Institute of Health. US.
- ✓ Organización Mundial de la Salud (2018). “*Es hora de actuar: informe de la Comisión Independiente de Alto Nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles*” [Time to deliver: report of the WHO Independent High-level Commission on Noncommunicable Diseases]. Ginebra: OMS; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- ✓ Pelayo Correa (1981). “*Epidemiological Correlations between Diet and Cancer Frequency*”. American Association for Cancer Research Publications. Disponible en: [http://cancerres.aacrjournals.org/content/41/9\\_Part\\_2/3685](http://cancerres.aacrjournals.org/content/41/9_Part_2/3685).
- ✓ Pérez Rodrigo, C. (2006). “*La alimentación en la génesis y prevención del cáncer*”. Sociedad Española de Oncología Médica. Publicación Soporte Nutricional en el Paciente Oncológico. Capítulo II. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap\\_02.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/soporteNutricional/pdf/cap_02.pdf)
- ✓ Slimani, N., Fahey, M., Welch, A., Wirfält, E., Stripp, C., Bergström, E., Riboli, E. (2002). “*Diversity of dietary patterns observed in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) project*”. Public Health Nutrition, 5(6b), 1311-1328. doi: 10.1079/PHN2002407. Disponible en: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/05CE76457E535A586531041012139DA9/S1368980002001489a.pdf/diversity\\_of\\_dietary\\_patterns\\_observed\\_in\\_the\\_european\\_prospective\\_investigation\\_into\\_cancer\\_and\\_nutrition\\_epic\\_project.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/05CE76457E535A586531041012139DA9/S1368980002001489a.pdf/diversity_of_dietary_patterns_observed_in_the_european_prospective_investigation_into_cancer_and_nutrition_epic_project.pdf).
- ✓ Latham, M. (2002). “*Nutrición humana en el mundo en desarrollo*”. Colección FAO: Alimentación y nutrición N° 29. ISBN 92-5-303818-7. Disponible en: <http://www.fao.org/3/w0073s/w0073s19.htm#bm45x>
- ✓ Ministerio de Agroindustria. “*Fichas Nutrición y Educación Alimentaria*”. Seguridad Alimentaria. Dirección Nacional de Alimentos y Bebidas. Disponible en: <http://www.alimentosargentinos.gov.ar/HomeAlimentos/Nutricion/fichas.php>.

## DIETA ARGENTINA

- ✓ Britos, S y Burg, A. (2017). *“Consumo de alimentos fuente de micronutrientes en la población argentina: adecuación a las recomendaciones de las nuevas guías alimentarias”*. Centro de Estudios sobre Políticas y Economía de la Alimentación. Buenos Aires. Argentina. 35 (159):25-31. ISSN 0328-1310. Disponible en: <http://cepea.com.ar/cepea/wp-content/uploads/2017/11/DIAETA-159-alimentos-fuente-micronutrientes.pdf>
- ✓ <https://rosarionuestro.com/argentina-entre-los-paises-que-menos-legumbres-consume/>
- ✓ Zapata, M.; Rovirosa, A. & Carmuega, E. (2016). *“La mesa Argentina en las últimas dos décadas: cambios en el patrón de consumo de alimentos y nutrientes 1996-2013”*. Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil - CESNI, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 1° ed. 2016.
- ✓ Bertollo, M; Martire, Y; Rovirosa, A; Zapata, M. Elisa (2015). *“Patrones de consumo de alimentos y bebidas según los ingresos del hogar de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) del año 2012-2013”*. Disponible en: <https://cesni-biblioteca.org/wp-content/uploads/2018/11/PatronesENGHo2012-13.DIAETA2015.pdf>
- ✓ Instituto de Promoción de la Carne Vacuna Argentina. [http://www.ipcva.com.ar/estadisticas/vista\\_consumos\\_promedio.php](http://www.ipcva.com.ar/estadisticas/vista_consumos_promedio.php).
- ✓ The Global Dietary Database. <https://www.globaldietarydatabase.org/>
- ✓ Barruti, S. (2018). *“Mala leche. El supermercado como emboscada”*. Editorial Planeta. ISBN: 978-950-49-6360-8.

## NUTRICIÓN

- ✓ Moritz, Andreas (2005). *“Los secretos eternos de la salud”*. Ediciones Obelisco. ISBN 8497775074.
- ✓ Aguirre, Patricia (2004). *“Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis”*. Editorial Capital Intelectual. ISBN 9789871181070.
- ✓ Phoenix, J. & Kuhn, K. (productores). Phoenix, J. & Andersen, K. (directores). 2017. *“What the health?”*. Documental. Estados Unidos.
- ✓ Cameron, J.; Schwarzenegger, A.; Chan, J. (productores). Psihoyos, L. (director). 2018. *“The Game Changers”*. Documental. Estados Unidos.
- ✓ Public Health England. The Eatwell Guide [online]. 2016. Disponible en: [www.gov.uk/government/publications/the-eatwell-guide](http://www.gov.uk/government/publications/the-eatwell-guide).
- ✓ Ministry of Health. 2020. Healthy Food and Drink Guidance – Early Learning Services. Wellington: Ministry of Health.
- ✓ Ministry of Health. 2015. Eating and Activity Guidelines for New Zealand Adults. Wellington: Ministry of Health.
- ✓ Ministerio de Salud. 2016. Guía Alimentaria para la Población Uruguaya. Ministerio de Salud. Dirección General de la Salud. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/campanas/campana-de-alimentacion-saludable>
- ✓ Ministerio de Salud. “En marcha la campaña Canasta Inteligente de incentivo al consumo de las mejores frutas y verduras”. Sección Comunicación/Noticias. 04/04/2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/en-marcha-la-campana-canasta-inteligente-de-incentivo-al-consumo-de-las>

## CÁNCER

- ✓ Organización Mundial de la Salud (2018). *“ENT Perfiles de países, 2018”*. Disponible en: [https://www.who.int/nmh/countries/arg\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/countries/arg_es.pdf?ua=1)
- ✓ Dethlefsen, Thorwald (1983). *“La enfermedad como camino”*. 1983. ISBN 9788490624852.
- ✓ Bouvard, V; Dana Loomis, D; Guyton, K; Grosse, Y; Ghissassi, F; Benbrahim-Tallaa, L; Guha, N; Heidi Mattock, H; Kurt Straif, K. (2015). *“Carcinogenicity of consumption of red and processed meat”*. International Agency for Research on Cancer. Monograph Working Group. VOLUME 16, ISSUE 16, P1599-1600. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00444-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00444-1).
- ✓ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *“Diet, Nutrition, Physical activity and Cancer: a Global Perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018”*. Disponible en: [dietandcancerreport.org](http://dietandcancerreport.org).
- ✓ <https://www.colorectalcancerCanada.com/more-young-canadians-are-getting-colorectal-cancer-study-finds/>



- ✓ Rebecca L. Siegel, Stacey A. Fedewa, William F. Anderson, Kimberly D. Miller, Jiemin Ma, Philip S. Rosenberg, Ahmedin Jemal (2017). "Colorectal Cancer Incidence Patterns in the United States, 1974–2013". Journal of the National Cancer Institute, Volume 109, Issue 8. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/jnci/djw322>.
- ✓ Brenner, D; Heer, E; Sutherland, R; et al (2019). "National Trends in Colorectal Cancer Incidence Among Older and Younger Adults in Canada". JAMA Netw Open. Disponible en: doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.8090.
- ✓ Thanikachalam, K., & Khan, G. (2019). "Colorectal Cancer and Nutrition". Nutrients, 11(1), 164. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/nu11010164>.
- ✓ Zheng, Y; et al (2019). "Association of changes in red meat consumption with total and cause specific mortality among US women and men: two prospective cohort studies". BMJ 2019; 365:l2110. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.l2110>
- ✓ Vesanto, M; Winston, C; Levin, S. (2016). "Postura de la Academia de Nutrición y Dietética: dietas vegetarianas". Academy of Nutrition and Dietetics. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jand.2016.09.025>.
- ✓ Raskov, H., Burchart, J., Pommergaard, H.C. (2017). "Linking gut microbiota to colorectal cancer". Journal of Cancer. Vol. 8. 8(17): 3378-3395. Doi: 10.7150/jca.20497.
- ✓ Gustafsson U.O., Scott M.J., Schwenk W., Demartines N., Roulin D., Francis N., McNaught C.E., (...), Ljungqvist O. (2012). "Guidelines for perioperative care in elective colonic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations". Clinical Nutrition, 31 (6), pp. 783-800. Disponible en: [https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614\(12\)00180-X/fulltext](https://www.clinicalnutritionjournal.com/article/S0261-5614(12)00180-X/fulltext).
- ✓ Moniek van Zutphen 1 & Anouk Geelen 1 & Hendriek C. Boshuizen 1 & Renate M. Winkels 2 & Anne J.M.R. Geijssen 1 & Evertine Wesselink 1 & Merel Snellen 1 & Dieuwertje E. Kok 1 & Johannes H.W. de Wilt 3 & Paul C. van de Meeberg 4 & Ewout A. Kouwenhoven 5 & Henk K. van Halteren 6 & Ernst J. Spillenaar Bilgen 7 & Ellen Kampman 1 & Fränzel J.B. van Duijnhoven (2019). "Pre-to-post diagnosis weight trajectories in colorectal cancer patients with non-metastatic disease". Supportive Care in Cancer. 27:1541–1549. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4560-z>.
- ✓ Dr. Zenén Rodríguez Fernández, Dr. Bens Jean-Louis, Dr. Guido Alfonso Lozada Prado, Dr. Germán Joubert Álvarez y Dr. Joel Pineda Chacón (2015). "Conocimientos vigentes acerca del cáncer de colon recurrente". MEDISAN vol.19 no.6 Santiago de Cuba. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1029-3019&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_serial&pid=1029-3019&lng=es&nrm=iso).
- ✓ Winkels, R.M.; Heine-Bröring, R.C., van Zutphen, M. et al. (2014). "The COLON study: Colorectal cancer: Longitudinal, Observational study on Nutritional and lifestyle factors that may influence colorectal tumour recurrence, survival and quality of life". BMC Cancer 14, 374. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2407-14-374>.
- ✓ Hopkins Tanne, J. (2018). "Healthy lifestyle leads to better survival in colorectal cancer, study finds". BMJ 2018; 361. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.k1671>.
- ✓ Amy M. Sheflin 1 , Alyssa K. Whitney 2 , and Tiffany L. Weir. (2015). "Cancer-Promoting Effects of Microbial Dysbiosis". Curr Oncol Rep. 16(10): 406. doi:10.1007/s11912-014-0406-0.
- ✓ Minetti, A; Manoni, J. (2013). "RELATO ANUAL 2013: Abordaje laparoscópico del cáncer colorrectal". Revista Argentina de Coloproctología. Capítulo II.
- ✓ Capriati, A; Ramos, S; Tamburrino, C. (2014). "Sentidos en las narrativas sobre cáncer colorrectal en población sana: aportes para una estrategia de prevención en Argentina". Revista Argentina de Salud Pública. 5(18):31-36
- ✓ S., John, E. M., Must, A., & Demark-Wahnefried, W. (2015). "Diet quality of cancer survivors and non-cancer individuals: Results from a national survey". Cancer, 121(23), 4212–4221. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/cncr.29488>.
- ✓ Lee, C. F., Ho, J., Fong, D., Macfarlane, D. J., Cerin, E., Lee, A. M., Leung, S., Chan, W., Leung, I., Lam, S., Chu, N., Taylor, A. J., & Cheng, K. K. (2018). "Dietary and Physical Activity Interventions for Colorectal Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial". Scientific reports, 8(1), 5731. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-24042-6>.
- ✓ Emenaker, N. J., & Vargas, A. J. (2018). "Nutrition and Cancer Research: Resources for the Nutrition and Dietetics Practitioner". Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 118(4), 550–554. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.10.011>.
- ✓ Ho, J.W., Lee, A.M., Macfarlane, D.J. et al. (2013). "Study protocol for "Moving Bright, Eating Smart"– A phase 2 clinical trial on the acceptability and feasibility of a diet and physical activity intervention to prevent recurrence in colorectal cancer survivors". BMC Public Health 13, 487. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-487>.
- ✓ Chen Y, Liu BL, Shang B, Chen AS, Liu SQ, Sun W, Yin HZ, Yin JQ, Su Q. Nutrition support in surgical patients with colorectal cancer. World J Gastroenterol 2011; 17(13): 1779-1786 Available from: URL: <http://www.wjgnet.com/1007-9327/full/v17/i13/1779.htm>. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v17.i13.1779>.
- ✓

## INFORMACIÓN PÚBLICA

- ✓ Secretaría de Gobierno de Salud (2019). “4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo”. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10\\_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001622cnt-2019-10_4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf).
- ✓ Secretaría de Gobierno de Salud (2019). “2° Encuesta Nacional de Nutrición y Salud”. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2\\_resumen-ejecutivo-2019.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001565cnt-ennys2_resumen-ejecutivo-2019.pdf)
- ✓ Secretaría de Gobierno de Salud (2018). “Boletín vigilancia epidemiológica. Análisis de Situación de Salud por Cáncer. Argentina, 2018”. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001386cnt-20181213-boletin-epidemiologia.pdf>.
- ✓ Ministerio de Salud. (2020). “Síntesis Natalidad y Mortalidad 2018. Síntesis N°6”. Dirección de Estadística e Información en Salud. Disponible en: [http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/03/Sintesis-Natalidad-y-Mortalidad-Nro6\\_2018-\\_V3.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/03/Sintesis-Natalidad-y-Mortalidad-Nro6_2018-_V3.pdf)
- ✓ Secretaría de Gobierno de Salud (2018). “Plan Nacional de Control de Cáncer 2018-2022”. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001548cnt-plan-nacional-control-cancer-2018-22.pdf>
- ✓ Secretaría de Gobierno de Salud (2018). “Informe de Gestión. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de ENT”. Ministerio de Desarrollo Social y Salud. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001416cnt-2019-02\\_informe-de-gestion-ENT.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001416cnt-2019-02_informe-de-gestion-ENT.pdf).
- ✓ Ministerio de Salud (2016). “Guías Alimentarias para la Población Argentina”. Buenos Aires.
- ✓ Página oficial. Ministerio de Salud. Programa de Alimentación Saludable. <https://www.argentina.gob.ar/salud/cion-saludable>.
- ✓ Página oficial. Secretaría de Gobierno de Salud – Inglaterra. <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health-and-social-care>
- ✓ Página oficial. Ministerio de Salud Canadá. <https://www.canada.ca/en/public-health/>.
- ✓ Página oficial. Ministerio de Salud. Nueva Zelanda. <https://www.health.govt.nz/>
- ✓ Ministerio de Salud. Uruguay. Programa de tamizaje Cáncer Colorrectal. Disponible en: [https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20el%20tamizaje%20del%20c%C3%A1ncer%20colorrectal\\_0.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20el%20tamizaje%20del%20c%C3%A1ncer%20colorrectal_0.pdf)
- ✓ Ministerio de Salud Uruguay (2016). “Informe sobre cuidados paliativos”. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/informe-oficial-situacion-cuidados-paliativos-uruguay-2016>.