

9.3 Experiencia nacional

Las propuestas de políticas mundiales pueden ser útiles como esquema de trabajo general y como medio para generar ideas, pero no pueden aplicarse detalladamente en todos los países y regiones del mundo. Un informe con una perspectiva mundial tampoco puede incluir propuestas de políticas para cada país por separado.

Sin embargo, como complemento del amplio análisis y las recomendaciones de los capítulos anteriores, esta sección incluye estudios de casos de diez países de África, América Latina, Asia, Europa y América del Norte. Estos desarrollan el análisis del capítulo 1 y describen patrones de cáncer y dieta, junto con los recursos actuales y las tendencias futuras; a continuación, se analizan cuáles son las oportunidades y cuáles los obstáculos para la prevención del cáncer empleando medios alimentarios y otros medios asociados a la dieta.

Los estudios de casos de África y América Latina corresponden a Gambia, un país pequeño predominantemente rural, y a México, un país que combina las dietas y los estilos de vida tradicionales con una rápida transición hacia la vida en grandes ciudades. Los cuatro estudios de Asia se refieren a China, Bangladesh, India y Japón. Se describen tres países europeos con situaciones diferentes: Escocia, donde las altas tasas de cánceres relacionados con la dieta no han cambiado mucho a pesar de las iniciativas locales; Noruega, donde la moderna política nacional de salud pública se remonta a la década de 1970; y Bulgaria, uno de los países de Europa oriental que anteriormente tenía una economía centralizada. El último estudio de casos es el de los Estados Unidos.

Estos estudios de casos pueden ser útiles no solo para lectores de los países y zonas descritos, sino también para aquellos que encuentren analogías en sus propias sociedades.

Los ejemplos que se presentan aquí son necesariamente breves y aportan solo una reseña de la información relativa al cáncer y su prevención mediante la dieta. Las estrategias de salud pública de la mayor parte de los países cuyas experiencias se recogen aquí están muy limitadas a los programas diseñados para prevenir las enfermedades carenciales e infecciones epidémicas o, en el caso de los países desarrollados, otras enfermedades crónicas diferentes del cáncer. La percepción de que tanto los cánceres epidémicos como los endémicos son prevenibles, por lo general no ha sido completamente comprendida o no ha servido de base para el diseño de programas de salud pública efectivos.

9.3.1 ÁFRICA

GAMBIA

Gambia tiene una población de poco más de un millón de habitantes, una tasa de crecimiento poblacional de 4% y un producto interno bruto (PIB) de US \$360 per cápita. La mayoría de los gambianos mantiene aún un estilo de vida tradicional rural, con un 80% de la población involucrada en la agricultura. Gambia, por tanto, enfrenta muchos de los problemas que se asocian a un país pobre y no industrializado.

Tendencias epidemiológicas

La expectativa de vida promedio es de 45 años y la mortalidad infantil es de 134 por cada 1.000 nacidos vivos. La gastroenteritis y las diarreas crónicas son causas comunes de muerte, así como el paludismo y las infecciones del tracto respiratorio. La malnutrición también es una causa común de muerte, particularmente entre niños y comunidades rurales en las épocas previas a las cosechas.

En 1988 se estableció un Registro Nacional del Cáncer, y las cifras publicadas en 1990 muestran una incidencia general de cáncer normalizada según la edad de 43,2 para los hombres y 29,2 para las mujeres para una población de 100.000 personas. Estas tasas son muy bajas comparadas con otros países africanos o con individuos afroamericanos.

Sin embargo, la incidencia de cáncer de hígado es de 22,8 y 6,8 por cada 100.000 para los hombres y mujeres gambianos respectivamente (contra 3,5 y 1,0 para los hombres y mujeres afroamericanos respectivamente). El cáncer de hígado en gran medida es resultado de la infección con los virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC) (véase el capítulo 4.9). En 1986, el gobierno de Gambia introdujo un programa de inmunización contra el VHB. En 1992, el 90% de los niños habían recibido todas las vacunas que les correspondían durante la infancia, y estudios preliminares sugieren que, en aquellos niños que completan el ciclo, la infección por hepatitis B descendió a menos de 5%.

Si este programa se mantiene, la incidencia del cáncer primario de hígado debe disminuir. No obstante, otros factores, en particular la contaminación con aflatoxina, también son importantes: los niños de zonas rurales tienen metabolitos de aflatoxina en su sangre y orina. Los cacahuets (maníes) en mal estado de conservación son una fuente alimentaria de este hongo carcinogénico.

Las mujeres gambianas también tienen una alta incidencia de cáncer de cuello de útero (6,4 por 100.000).

No obstante, tienen una baja exposición a lo largo de la vida a estrógenos endógenos debido a una menarquia tardía y a un alto número de partos. Esto, junto con altos niveles de actividad física relacionada con el trabajo, y por consiguiente una baja prevalencia de la obesidad, y las dietas basadas en alimentos de origen vegetal, les ofrece protección contra el cáncer de mama.

El Registro Nacional del Cáncer no ha elaborado nuevos informes sobre el cáncer, pero la incidencia de algunos cánceres puede crecer si se mantienen ciertas tendencias alimentarias en las zonas urbanas. Hay pocos datos derivados de censos, pero es probable que las deficiencias de micronutrientes (incluidas las deficiencias subclínicas) sean frecuentes. El 45% de las mujeres embarazadas y el 15% de los niños menores de cinco años son clínicamente anémicos. La incidencia de bocio es alta. Se han notificados bajas ingestas diarias de riboflavina y calcio y muy grandes fluctuaciones, según las estaciones, en el consumo de vitaminas A y C derivadas de las dietas.

La obesidad no es un problema en las zonas rurales, pero está creciendo en las urbanas, especialmente entre las mujeres, y la diabetes mellitus puede estar tornándose más común. Las dietas de algunos grupos urbanos están cambiando y el consumo de azúcar está en aumento.

Tendencias nutricionales

El consumo de alimentos varía grandemente entre los grupos poblacionales y de una estación a otra. Los platos básicos que se consumen regularmente son el arroz (para los relativamente acomodados), el mijo (para los pobres), el sorgo y el maíz. Los cacahuets aportan la mayor parte del aceite de la dieta, y el consumo de carne, leche y pescado tiende a ser poco e infrecuente. Se consumen pocas cantidades de hortalizas de hoja verde y de raíces, y frutas, principalmente durante la estación lluviosa.

Perspectivas para la prevención

Gambia es un país pobre en términos económicos convencionales y por ello tendrán que desarrollarse tecnologías adecuadas que requieran solo pequeñas cantidades de capital. Estas podrían ser usadas, por ejemplo, para almacenar y procesar los cacahuets para reducir al mínimo el riesgo de la contaminación con aflatoxinas. Como sucede en todos los países en desarrollo, la transición nutricional entre los habitantes de las ciudades tiende a aumentar el riesgo de los cánceres asociados con las dietas y los estilos de vida urbano-industriales.

El éxito del programa de inmunización sugiere que las tasas del cáncer primario de hígado deben descender, así como existen buenos augurios para los pronósticos futuros de salud pública. El Registro Nacional del Cáncer ha aportado buena información preliminar y el trabajo ulterior para determinar las tendencias del cáncer serán importantes.

9.3.2 AMÉRICA LATINA

MÉXICO

Para el año 2000, se pronostica que la población de México crecerá hasta los 100 millones de habitantes y se estima que el 26% del país vivirá en la ciudad de México. Muchos desposeídos de las zonas rurales están emigrando a las ciudades, y esta transición demográfica es tan rápida que los servicios urbanos no dan abasto. La pobreza de la que los pobladores de las zonas rurales tratan de escapar se reproduce, de diversas maneras, en las zonas urbanas. El PIB per cápita es de US \$3.872 y la economía se está industrializando rápidamente.

Tendencias epidemiológicas

Las enfermedades infecciosas y carenciales siguen siendo graves problemas de salud pública, pero las mejoras en la mortalidad infantil significa que la población está envejeciendo. El cáncer y las enfermedades cardiovasculares son ahora las causas más comunes de morbilidad y mortalidad. La transición epidemiológica es tan rápida que, dentro de una misma familia, los niños pequeños pueden tener desnutrición crónica e infección, mientras que los adultos padecen de obesidad, diabetes y cánceres asociados a las dietas y a los estilos de vida urbano-industriales.

Los cánceres más comunes son los que siguen siendo endémicos, por ejemplo, el cáncer de estómago, y los que se han convertido en epidémicos, incluidos los cánceres de pulmón, colon y recto, mama y próstata.

Tendencias nutricionales

La dieta tradicional de México se basa mayormente en alimentos de origen vegetal, y combina granos (maíz), leguminosas (frijoles) y raíces. El sabor se añade a partir de productos autóctonos, como el chile, el chocolate y la vainilla. Las carnes y otros alimentos de origen animal pueden considerarse un lujo. Cuando se dispone de alimentos en cantidades adecuadas, y cuando también se dispone de hortalizas y frutas, la dieta se aproxima a la que recomiendan los informes científicos internacionales (OMS, 1990). No obstante, las dietas de las

zonas rurales más pobres pueden ser deficientes en micronutrientes.

En las ciudades, el consumo de grasas y aceites (que en ocasiones se recicla muchas veces al cocinar) tiende a crecer, al igual que el consumo de versiones de la dieta tradicional más altas en grasas y más bajas en almidón. Desde la década de 1960, el consumo de maíz ha descendido en más del 40% y las personas están comiendo cereales más refinados y productos derivados de los cereales. El consumo de alcohol, carne, grasa y productos lácteos se duplicó entre la década de 1960 y la de 1990, y el consumo de azúcar también aumentó. Al mismo tiempo, el consumo de frutas se elevó y, como promedio, los mexicanos comen más de 400 gramos de hortalizas y frutas al día. No obstante, las personas están consumiendo una cantidad mucho menor de hortalizas y frijoles de huerta.

Perspectivas para la prevención

México gasta cerca del 5% del PIB en la atención de salud, pero no tiene una infraestructura nacional eficaz de atención médica para los pacientes de cáncer. Típicamente, las personas que viven en zonas rurales se presentan con el cáncer en una etapa muy tardía del proceso. Para la mayoría de las personas, no hay servicios de seguridad social, ni seguro médico, ni tamizaje, ni oportunidad para la detección precoz. México tiene una política nacional de alimentación y nutrición que podría ofrecer ventajas para un programa de prevención del cáncer que estuviera centrado, en parte, en la dieta.

La Organización Panamericana de la Salud apoya a más de setenta organizaciones no gubernamentales (ONG), y las campañas de salud han sido efectivas cuando involucraron a organismos, gobiernos y ONG internacionales con fuertes vínculos con las comunidades locales. No ha sido identificado ningún grupo de apoyo interesado en la prevención del cáncer. Algunas comunidades rurales mantienen ideas tradicionales sobre los poderes protectores potenciales de los alimentos.

9.3.3 ASIA

CHINA

Con más de 1.200 millones de habitantes, China es el país más populoso del mundo. Solo el 7% de la tierra cultivable del mundo se halla en China y, a pesar de eso, el país alimenta a más del 21% del total de la población mundial. Las dos terceras partes de los habitantes de China viven en zonas rurales y el PIB per

cápita es de US\$ 435, aunque la industrialización y la urbanización están creciendo aceleradamente. Hay marcadas diferencias entre las zonas rurales y las urbanas, así como variaciones geográficas enormes en los hábitos alimentarios y los perfiles de enfermedades.

Tendencias epidemiológicas

El rápido desarrollo de la economía nacional desde finales de la década de 1970 ha sido acompañado por un rápido descenso en las tasas de mortalidad infantil y un aumento en la esperanza de vida al nacer. Aunque las enfermedades por deficiencias nutricionales y las enfermedades infecciosas no han sido erradicadas, estas situaciones ahora están constreñidas a ciertos grupos económicos y de edad, y a ciertas regiones en particular. El control de la tuberculosis es cada vez más completo, la cobertura de inmunización es casi total y se ha experimentado un buen avance en los programas de inmunización para otras enfermedades como la hepatitis B.

Como las enfermedades carenciales e infecciosas han descendido, las muertes por cáncer y enfermedades cardiovasculares han aumentado. En 1994, el 60% de toda la mortalidad fue resultado de enfermedades crónicas, y ascendió 76% en las zonas urbanas. La obesidad es ahora un problema de salud pública en China.

La proporción de todas las muertes por cáncer es de cerca del 22%, en la que los cánceres del tracto gastrointestinal representan el 60% de todas esas muertes y el cáncer de pulmón el 20%. La mortalidad por cáncer de pulmón es más alta en las zonas urbanas (30%) que en las rurales (16%). Los cánceres de colon y recto han descendido, pero el cáncer de pulmón se ha incrementado. En la década de 1990, las tasas de mortalidad por cánceres específicos importantes entre las mujeres son más bajas que las de los hombres.

Más del 70% de los adultos fuman y, a pesar del hecho de que algunas de las personas de más edad están abandonando el hábito, los jóvenes están empezando a fumar más temprano. Debido a estas tendencias, y al hecho de que el hábito de fumar es la causa principal de cáncer de pulmón, se pronostica que las tasas por este cáncer van a continuar elevándose.

Tendencias nutricionales

Los hábitos alimentarios han cambiado significativamente en los últimos 30 o 40 años. El consumo de carne continúa creciendo y también la contribución de la grasa a la energía total. Un 75% de las familias urbanas consumen más del 30% de su energía a partir de la grasa, e incluso en las zonas rurales, la energía

derivada de la grasa aumentó de 13% a 21% solo entre 1990 y 1992. El uso de aceite vegetal también creció notablemente y los consumos de alcohol y sal son altos. En contraste, entre 1982 y 1992, la contribución de los cereales a la energía de la dieta declinó algo, de 71% a 67%.

Con estos cambios alimentarios radicales, será un gran desafío mantener los hábitos alimentarios tradicionales chinos basados en alimentos de origen vegetal, con cereales, hortalizas y frutas como alimentos básicos, y solo cantidades limitadas de alimentos de origen animal.

Perspectivas para la prevención

El Ministerio de Salud Pública ha establecido un grupo de comisiones rectoras para atender las principales enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los cánceres. Además, los profesionales de la salud en China han tenido algunos éxitos con los programas de promoción de la salud en algunas comunidades en particular.

Un programa comunitario para mejorar el tratamiento de la hipertensión, por ejemplo, también trajo por resultado una reducción significativa del hábito de fumar entre los adultos. De manera similar, algunos programas han podido detener el aumento del consumo de alcohol, y otras intervenciones han reducido el consumo de sal en algunos grupos.

BANGLADESH

Bangladesh es uno de los países más pobres del mundo, con un PIB per cápita de US\$ 208. La mitad de la población está por debajo del límite nacional de pobreza. Con una población de más de 120 millones, Bangladesh también es uno de los países más densamente poblados en el mundo; hay 760 personas por kilómetro cuadrado. La población está creciendo en más del 2% anual, y el 83% de los habitantes de Bangladesh vive en zonas rurales. Más de la mitad de los habitantes rurales carece de tierras y el crecimiento urbano, de más del 5% anual, es uno de los más altos de Asia. Cerca de la mitad de la población urbana vive en villas miseria y asentamientos marginales. La economía está basada principalmente en la agricultura y la industria representa solo el 10% del PIB.

Tendencias epidemiológicas

La esperanza de vida al nacer es ahora de 51 años, 10 años más que en la década de 1960. No obstante, la mortalidad infantil sigue siendo alta, cerca de 100 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad materna es de 600 por cada 100.000 nacidos vivos. Alrededor del

60% de los niños en Bangladesh y la mitad de los adultos están desnutridos. Las enfermedades infecciosas, la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes son endémicas, y son más agudas en las estaciones de sequía y en la monzónica. Las enfermedades infecciosas y la malnutrición son las causas principales de muerte.

En contraste, para las clases media y alta de las ciudades, la obesidad está aumentando en la medida en que los niveles de actividad descenden y las dietas cambian. Aunque el hábito de fumar está descendiendo entre los ricos, esta disminución solo se da partir de un nivel muy alto, mientras que entre las clases pobres y media-baja son muchas las personas que continúan con ese hábito. Como resultado de estas tendencias, ahora está aumentando la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes y los cánceres más comunes en las economías desarrolladas.

Tendencias nutricionales

La dieta tradicional de los naturales de Bangladesh se basa principalmente en alimentos de origen vegetal y está constituida por arroz, lentejas, hortalizas y frutas y algún pescado, con pequeñas cantidades de carne, grasa y productos lácteos. Si se consume en cantidades adecuadas, esta dieta, al igual que muchas otras de países no industrializados, cumple en gran medida con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una dieta saludable para evitar enfermedades crónicas (OMS, 1990). Pero entre los pobres urbanos y rurales, la desnutrición y la deficiencia de micronutrientes son problemas de salud pública masivos. La mayoría de las madres y sus niños padecen de anemias nutricionales.

Desde la década de 1960, la producción y el consumo de hortalizas y frutas han descendido, mientras que el consumo de alimentos dulces, grasas y productos de origen animal ha aumentado. La urbanización ha acarreado grandes cambios en los hábitos alimentarios. Una amplia gama de alimentos occidentales está disponible para las crecientes clases media y alta urbanas, y los alimentos envasados se han difundido ahora entre la elite urbana. Los vendedores callejeros suministran alimentos a los trabajadores urbanos pobres, pero las meriendas y comidas en venta son más altas en grasas, azúcar y sal que las recetas tradicionales. Los precios relativamente altos de las frutas y hortalizas han conducido a una prevalencia particularmente alta de la deficiencia de micronutrientes entre los habitantes urbanos pobres.

Perspectivas para la prevención

Un consorcio de donantes y organismos internacionales han estado trabajando con el gobierno de Bangladesh

para desarrollar una estrategia nacional de nutrición. Esto se incorporó a un plan de desarrollo nacional para 1991-1995 y se centró en la reducción de la mortalidad infantil, de la niñez y materna, y en la reducción de la malnutrición y de la deficiencia de micronutrientes entre las mujeres y los niños. Una estrategia paralela de planificación familiar se propone limitar el crecimiento de la población.

El programa trabaja por medio de coordinaciones entre departamentos e incluye el desarrollo de la agricultura y de la pesca, el control de enfermedades infecciosas y de deficiencias de micronutrientes, la vigilancia y la rehabilitación nutricional, la promoción de la lactancia materna, campañas de educación masiva por la televisión y la radio, y el mejoramiento de la posición e independencia de la mujer. Se estableció un consejo nacional de nutrición para coordinar actividades, y los donantes del consorcio están brindando respaldo financiero y técnico, y promoviendo el desarrollo de instituciones en Bangladesh para dar continuidad al trabajo a largo plazo.

Más de 120 ONG trabajan en zonas rurales y urbanas para aliviar la pobreza y la malnutrición, cada vez más en colaboración con el gobierno. Algunas de las ONG más grandes están formando departamentos de desarrollo de la investigación, la defensa y la política, para tratar de influir en la política nacional y no limitarse a aportar servicios básicos. Muchas actividades de las ONG que han tenido que ver con las deficiencias de micronutrientes pueden ayudar también a prevenir el cáncer. Recientemente, por ejemplo, las ONG han estado trabajando con las personas urbanas pobres y con los “sin tierra” de las zonas rurales para aumentar el consumo de hortalizas y frutas, con el fin de combatir la deficiencia de vitamina A. Algunas ONG están comenzando a incorporar el control de enfermedades crónicas en sus programas de atención primaria de salud, y también existe una red de trabajadores comunitarios de la salud.

Todavía no se han establecido métodos de registro confiables que documenten las causas de muerte. Hay obstáculos culturales para incrementar el consumo de hortalizas y frutas, porque aparte de las naranjas, manzanas y uvas importadas, estas son consideradas alimentos de gente de baja posición. Además, la obesidad es comúnmente considerada como un signo de buena salud. Hay poca confianza en los servicios de salud pública, se perciben como una atención de mala calidad, con medicamentos y otros suministros inadecuados, dentro de un sistema mal administrado. Bangladesh sigue siendo un país muy pobre y vencer estos proble-

mas, así como la epidemia del hábito de fumar, representa un gran reto.

La prevención del cáncer y otras enfermedades crónicas mediante la alimentación y la nutrición, entre otros medios, no es aún una prioridad en Bangladesh y no figura en los planes nacionales de acción para la década de 1990. Las instituciones y redes mencionadas anteriormente podrían ser utilizadas para tales fines, en la medida en que aparezcan las necesidades y sean aceptadas por el gobierno y otros agentes del cambio.

INDIA

En 1995, se estimó que la población de la India estaba cerca de los 950 millones y, con una tasa de crecimiento de cerca del 2%, para el año 2000 será de alrededor de 1.000 millones de personas. Un 73% de los hindúes viven en zonas rurales, pero la urbanización prosigue avanzando a un ritmo anual de, aproximadamente, 3%. El PIB per cápita es de US \$274 y casi el 30% de la población vive bajo el límite de pobreza.

Tendencias epidemiológicas

Entre 1970 y 1990, la mortalidad infantil disminuyó en aproximadamente el 40%, de 129 a 79 por cada 1.000 nacidos vivos. La esperanza de vida también se elevó, aunque la mortalidad materna sigue siendo alta: 570 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. A pesar del aumento sustancial en el consumo total de energía desde la década de 1960, persisten diversos grados de malnutrición en niños y adultos, que afectan a alrededor de 250 millones de personas. Las enfermedades infecciosas y parasitarias y de los sistemas circulatorio y respiratorio representan alrededor de la mitad de todas las muertes.

En las últimas dos décadas ha tenido lugar un cambio de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas como las cardiovasculares y respiratorias, y el cáncer, así como un aumento de los accidentes. En la década de 1980, se establecieron registros de cáncer en algunas zonas urbanas; según estos controles, las tasas de incidencia general de cáncer son bajas, 122 para los hombres y 130 para las mujeres por cada 100.000 habitantes. Los cánceres de cabeza, cuello y pulmón en los hombres y los de cuello de útero y mama en las mujeres representan cerca de la mitad de todas las muertes por cáncer. El hábito de mascar tabaco es el responsable de cerca de un tercio de todos los cánceres. Las tasas de incidencia para todos los cánceres aumentaron un 5,5% en los hombres y un 4,9% en las mujeres entre 1982 y 1989, y se espera que se eleven aún más.

Tendencias nutricionales

En las décadas de 1970 y 1980, la producción total de alimentos en la India creció, en gran medida como resultado del aumento de la producción de trigo y arroz. La disponibilidad de alimentos per cápita aumentó solo ligeramente para los cereales, aceites comestibles y azúcar, y descendió para las leguminosas. El consumo de cereales está cercano a los consumos alimentarios recomendados, pero los consumos de leguminosas, raíces y tubérculos han descendido. Ha habido un aumento marginal en los consumos de hortalizas de hoja verde. Los hindúes más ricos consumen más leche, así como más aceites, azúcar, frutas y leguminosas.

Los hábitos alimentarios se han mantenido mayormente invariables en las zonas rurales, sin incremento en las proteínas y alimentos ricos en micronutrientes y fitoquímicos. Las deficiencias de vitamina A, hierro y yodo, y de combinaciones de vitaminas y minerales, son frecuentes.

El informe confeccionado por la India para la Conferencia Internacional de FAO/OMS sobre Nutrición (Bagchi y cols, 1992) resaltaba que la política agrícola y de alimentos, que convirtió a la India en autosuficiente en granos para alimentos, prestó poca atención a los granos integrales, leguminosas (legumbres), semillas oleaginosas u hortalizas, por lo que la disponibilidad de estos alimentos ha declinado y los precios han aumentado. Esto ha provocado un efecto importante sobre las dietas de las personas más pobres. En general, la India no ha logrado incorporar con éxito las consideraciones nutricionales en su política agrícola, ni ha implementado una política de nutrición nacional dirigida exitosamente a las personas más pobres y los grupos más vulnerables dentro de su población.

Existe una política agrícola nacional; uno de sus objetivos es tener una producción, para el año 2000, de 200 millones de toneladas de granos para alimentos al año. También hay objetivos referidos a las semillas oleaginosas y leguminosas, y un programa de gran alcance que tiene como prioridades la productividad, la investigación y el desarrollo. Se están llevando a cabo proyectos de horticultura para promover la producción y el suministro de hortalizas y frutas.

Perspectivas para la prevención

Un programa nacional de control del cáncer, lanzado en 1975-1976, permitió disponer de fondos para la adquisición de equipamiento para el tratamiento de esta enfermedad. Varios centros regionales de investigación sobre el cáncer se están concentrando en la actualidad en programas para la detección precoz y el tratamiento; también han desarrollado estrategias preventivas,

que incluyen la educación nutricional, los proyectos de intervención y las campañas contra el tabaco.

En 1990 se estableció una junta nacional para la alimentación y la nutrición, que se ocupa de una amplia gama de actividades para promover la producción y el consumo de alimentos y bebidas nutritivos. La oficina nacional de control de la nutrición recolecta y analiza los datos sobre la dieta. En 1993, se adoptó una política nacional sobre nutrición para coordinar las políticas a corto y largo plazo requeridas por varios departamentos gubernamentales para tratar de resolver los problemas de alimentación y nutrición del país. Un aspecto clave de estas políticas es la salud de las mujeres y los niños.

El informe de la India a la Conferencia Internacional de FAO/OMS sobre Nutrición (Bagchi y cols., 1992) reconoció la creciente incidencia de trastornos crónicos relacionados con la dieta y de enfermedades tales como la obesidad, las enfermedades coronarias y el cáncer entre personas relativamente acomodadas en la India, pero no propuso ningún plan en relación con este aspecto.

JAPÓN

Como la mayoría de los países industrializados, ahora la población del Japón es más o menos estable, pero ha llegado a más de 125 millones. El Japón está entre las naciones más ricas del mundo, con un PIB per cápita de US \$29.497.

Tendencias epidemiológicas

Entre 1950 y principios de la década de 1990, hubo una reducción impresionante en las muertes por enfermedades infecciosas como la tuberculosis, y un rápido y continuado ascenso en las muertes por cánceres y enfermedades cardiovasculares. En 1993, los cánceres eran responsables del 26,8% de las muertes, en comparación con el 22,4% en 1980. Cuando las cifras se ajustan en función de las edades, se observa que los cánceres están aumentando principalmente entre los hombres; las tasas son más o menos estables entre las mujeres. No obstante, los cánceres fueron la primera causa de muerte para los hombres entre 35 y 84 años, y para las mujeres entre 30 y 74 años.

La mortalidad total por cáncer es de 190,4 por cada 100.000 (234,2 para los hombres y 148,3 para las mujeres). El cáncer de estómago es la causa principal de muerte, pero los cánceres de pulmón y de hígado también son frecuentes.

El Japón tiene una población que está envejeciendo: la proporción de personas de 65 años o más aumentó

de 7,8% en 1980 a 11,7% en 1992, y se estima que alcanzará a casi el 15% en el 2000. Esto aumentará la carga general de cáncer.

Tendencias nutricionales

Los hábitos alimentarios han cambiado radicalmente a partir de 1950, debido a una gran influencia de los Estados Unidos. El consumo promedio de proteína animal casi se duplicó y el consumo de grasa aumentó casi dos veces y media entre 1952 y 1990. De 1975 a 1993, los consumos individuales de energía descendieron de 2.226 kcal/día (9,35 MJ/día) a 2.034 kcal/día (8,54 MJ/día), y el consumo de arroz disminuyó, de manera que el consumo de carbohidratos cayó cerca del 20% de 335 g a 285 g en el mismo período. El consumo de frutas y leche aumentó durante las décadas de 1960 y 1970.

En la década de 1990, los consumos de energía continuaron descendiendo, pero los consumos de proteína animal y grasa se han mantenido estables; las grasas totales constituyen el 25% del consumo total de energía y la grasa saturada, el 12% de la energía total.

Perspectivas para la prevención

El Japón tiene varias oficinas de salud bajo la dirección del Ministerio de Salud y Bienestar, que incluye una división de nutrición y promoción de la salud. El gobierno también mantiene un programa de alimentación en las escuelas que puede utilizarse para actividades de promoción de la salud, incluidas las relacionadas con la nutrición. Todos los años se realizan encuestas nacionales de nutrición, por lo que los cambios en la dieta y el impacto de las actividades de promoción de la salud pueden controlarse de cerca.

Ya desde 1984, la Asociación Alimentaria Japonesa publicó directrices alimentarias para hacer frente a los problemas relacionados con los rápidos cambios de la dieta en el Japón; estas incluían directrices para reducir el riesgo no solo de enfermedades cardiovasculares (enfermedades coronarias e infartos cerebrales), sino también de cáncer. Las directrices para prevenir el cáncer incluían: evitar alimentos que contuvieran gran cantidad de sal; moderación en el consumo de energía y grasa; consumo de muchas hortalizas y frutas, cereales no refinados, leguminosas y algas marinas; de consumirse alcohol, hacerlo moderadamente, y evitar alimentos y bebidas muy calientes, y carnes y pescados chamuscados (Fujisawa e Itoh, 1984).

Los recursos dedicados al tamizaje para la detección del cáncer, así como para su tratamiento y alivio, son, cuando menos, tan sofisticados en el Japón como en cualquier otro país desarrollado. Los rápidos cambios

en los patrones de cáncer, en los que se manifestó una transición hacia los hasta entonces más comunes en los países occidentales, han conducido a nuevos avances en la epidemiología y el tratamiento del cáncer en el Japón. Las oportunidades y los recursos para la prevención del cáncer son de gran envergadura.

9.3.4 EUROPA

ESCOCIA

Escocia tiene una población de 5,1 millones de habitantes. El PIB per cápita del Reino Unido como un todo es de US\$ 18.027, pero es algo inferior en Escocia. La agricultura sigue siendo una importante industria, y las comunidades de granjas escocesas están entre las más rentables de la Unión Europea. No obstante, como el resto del Reino Unido, Escocia está hoy ampliamente industrializada y urbanizada.

Tendencias epidemiológicas

Escocia tiene una de las tasas más altas del mundo de incidencia de enfermedades coronarias y de cáncer y de mortalidad prematura (muerte antes de los 65 años). Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer representan el 40% y el 26%, respectivamente, de las muertes prematuras entre los hombres y el 26% y el 28%, respectivamente, entre las mujeres.

Entre los cánceres dominantes en Escocia están los de pulmón, colon y recto, y próstata entre los hombres, y de mama, pulmón y colon y recto entre las mujeres; en conjunto, estos cánceres representan más de la mitad de la incidencia de cáncer en ambos sexos. Los cánceres de colon y recto, mama y próstata están aumentando. El cáncer de pulmón está descendiendo en los hombres, pero aumentando abruptamente en las mujeres. El riesgo de cáncer de pulmón parece ser mayor entre los fumadores escoceses que en cualquier otro sitio; esto probablemente se deba a que la dieta de los escoceses es notoriamente baja en hortalizas y frutas.

Tendencias nutricionales

Los cambios principales en la naturaleza del suministro de alimentos en Escocia comenzaron a principios del siglo dieciocho, cuando los habitantes que vivían en las tierras altas tuvieron que abandonarlas; se aceleraron con la industrialización y la urbanización y, de nuevo recientemente, después de la Segunda Guerra Mundial.

Después de la guerra, la política del Reino Unido fue producir más alimentos de forma más económica, particularmente carne, leche y productos lácteos. En Es-

cocia, durante las décadas de 1950 y 1960, hubo notables aumentos en el consumo de confituras, productos de repostería, carne y productos lácteos, así como descendió el consumo de hortalizas y frutas. En la década de 1990, las comidas preparadas y las meriendas o comidas fuera de la casa se convirtieron en una característica cada vez más común en la forma de vida escocesa. Las dietas son bajas en cereales, hortalizas y frutas, y altas en confituras, productos cárnicos ricos en grasas, meriendas dulces y saladas, productos de repostería y bebidas azucaradas, y alcohol. Como resultado, la dieta escocesa es alta en grasas total y saturadas, azúcares refinados y sal, y baja en polisacáridos sin almidón (fibras) y diversas vitaminas.

Encuestas recientes, llevadas a cabo entre todos los grupos de edad, indican que los hábitos alimentarios perniciosos comienzan desde la juventud. En algunos grupos sociales, solo el 10% de los niños están siendo amamantados por un mes. Se piensa que las dietas de los niños escolares y de las personas pobres en Escocia son de las menos saludables de Europa.

Perspectivas para la prevención

En Escocia se han elaborado nuevos programas para el cambio, en correspondencia con los avances en el Reino Unido y, de manera más general, en toda Europa. En 1993, como parte de una serie de iniciativas políticas generales dirigidas a mejorar los pobres registros de salud, se publicó *The Scottish Diet*.

Este informe abrió nuevos caminos en el Reino Unido pues elaboró recomendaciones alimentarias para la población escocesa a fin de prevenir el cáncer y las enfermedades coronarias. Se elaboraron objetivos cuantificados sobre nutrientes, que incluyen recomendaciones para el consumo de hortalizas y frutas.

El cumplimiento de los objetivos implicaba cambios radicales de política en todos los sectores de la sociedad, desde la agricultura y la manufactura y distribución de alimentos, hasta los sectores de la salud y la educación, el sector voluntario y el público. Entre los tipos de iniciativas estaban: la negociación para la transformación de la Política Agrícola Común de la Unión Europea a fin de incorporar criterios de salud pública; cambios importantes en la producción y la manufactura de alimentos; cambios en la práctica médica para incorporar modificaciones de la dieta tanto en la prevención primaria como secundaria de enfermedades; alianzas locales con la industria, el comercio minorista y las autoridades locales para lograr un cambio sostenido, y cambios en las prácticas culinarias y en las políticas de los servicios de comida.

Para desarrollar, coordinar, implementar y controlar la efectividad de nuevas iniciativas apropiadas para alcanzar los objetivos, se recomendó la constitución de un Consejo Escocés para la Alimentación dirigido por el Secretario de Estado de Escocia; este incluiría dirigentes de las industrias de la agricultura y la pesca, de sindicatos, de industrias de alimentos y del comercio minorista; autoridades locales; dirigentes de la salud, la educación y el tiempo libre, del sector voluntario y consumidores. El Consejo también reuniría un número de grupos de trabajo para desarrollar planes concretos para cada dimensión de una estrategia coordinada que incluía: agricultura, procesamiento y distribución de alimentos, servicios educacionales, iniciativas para los lugares de trabajo y los servicios de comida, servicios médicos, servicios sociales, aspectos económicos de las iniciativas políticas, y tecnología de la información y la vigilancia.

El Secretario de Estado de Escocia aceptó el informe *The Scottish Diet* en 1994. Siguiendo el modelo del Grupo de Trabajo para la Nutrición de Inglaterra, bajo el programa nacional “Salud de la Nación”, se constituyó un Grupo Escocés para la Dieta, con un tiempo de vida limitado, a diferencia del Consejo Escocés para la Alimentación que es permanente, y se establecieron grupos de trabajo. Una dificultad clave es el financiamiento limitado. No obstante, estas actividades representan una gran transformación en la agenda y en el potencial para el cambio.

Contrariamente, la mayoría de los profesionales médicos y del público en Escocia hasta ahora no ha sido muy responsable; una encuesta mostró que el 69% de los escoceses dijeron que ellos pensaban que estaban consumiendo una dieta saludable.

NORUEGA

Noruega comparte algunos rasgos con Escocia, tiene una población estable de 4,3 millones, pero la prosperidad de Noruega es similar a la de otros países escandinavos; el PIB per cápita es de US \$26.343. Por las desfavorables condiciones de terreno y clima, solo menos del 4% de la tierra puede utilizarse para la agricultura, y aun así Noruega produce el 55% de sus propios suministros de alimentos.

Tendencias epidemiológicas

Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son las causas principales de mortalidad prematura. Desde finales de la década de 1970, las muertes por enfermedades cardíacas han descendido vertiginosamente —por ejemplo, en cerca del 40% en el grupo de edades entre

40 y 49 años—. No obstante, desde 1970, ha habido un aumento de más de 20% en las muertes por cáncer. El aumento se ha producido en personas de más de 50 años de los dos sexos, mientras que la mortalidad por cáncer en las personas menores de 50 años ha descendido. El cáncer de estómago ha disminuido, mientras que los cánceres de mama, próstata, y colon y recto han aumentado.

Tendencias nutricionales

Los dos elementos principales de la agricultura noruega han sido las producciones agrícolas (particularmente de granos y patatas) y los animales de cría. Tradicionalmente, la política agrícola se ha preocupado por la autosuficiencia y las recomendaciones nutricionales se concentraban en la leche y los productos lácteos como alimentos protectores. Los alimentos básicos, por consiguiente, han sido los cereales, la leche y las patatas, mientras que el pescado y las carnes han sido importantes para ciertos grupos. Las hortalizas y frutas juegan un papel menor en la dieta; el suministro y el consumo varían en dependencia de las estaciones climáticas.

Tras el impacto de la Segunda Guerra Mundial en los suministros de alimentos, la autosuficiencia cobró una importancia política aún mayor y, en 1946, se constituyó el Consejo Nacional para la Nutrición, para reunir a los responsables de las políticas agrícola, de salud y económica. En los años de la posguerra, crecieron la producción y el consumo de carne, productos lácteos, cereales y azúcares, y disminuyeron los de patatas y pescado. El consumo de grasas creció de 35% de la energía total en 1945 a 42% en 1970; al mismo tiempo cayó el consumo total de carbohidratos y, en una proporción mayor, el de los derivados del azúcar.

Como resultado, al menos parcialmente, de la política de alimentación y nutrición de Noruega, se han experimentado algunos cambios positivos en la dieta de ese país. Las leches descremadas, las margarinas elaboradas con soja y el pescado se consumen ahora en cantidades considerablemente superiores, y ha descendido el consumo de leche entera y de mantequilla. Hubo aumentos discretos en el consumo de cereales, hortalizas y frutas, y aunque el consumo de carnes se ha mantenido estable, se consumen más aves, ternera, carnero y piezas de caza, con un descenso en la carne de res y de cerdo. Desde mediados de la década de 1970, la proporción de grasa en la dieta descendió de 42% a 35% de la energía total en 1990.

Menos favorablemente, el consumo de patatas ha descendido, pero no el de hojuelas de patatas fritas a la francesa y de hojuelas de patatas crujientes. De

manera similar, las personas están consumiendo más aperitivos con sabores artificiales, dulces, cremas, quesos y refrescos. Por tanto, la proporción de azúcar en la dieta ha aumentado, y aunque las personas comen más hortalizas y frutas, los niveles de consumo siguen siendo bajos, alrededor de 200 g/día.

Perspectivas para la prevención

Desde la época de la posguerra, en Noruega se viene trabajando bajo una concepción de colaboración e integración en una política de alimentación, agricultura y nutrición. Ya en 1963, se recomendó una política conjunta de agricultura, alimentación y nutrición, y en 1968, Noruega firmó el acuerdo nórdico colectivo sobre la dieta. En 1974, el gobierno noruego acordó desarrollar una política integral. Este intento de hacer corresponder la producción agrícola con los objetivos nacionales de nutrición y salud, y con las consideraciones ambientales, sigue siendo único entre los países industrializados.

Nueve ministerios colaboran en la política y el Consejo Nacional para la Nutrición brinda asesoramiento científico independiente, coordina las campañas sobre nutrición y actúa como una junta de supervisión para la nutrición. Las recomendaciones alimentarias se han concentrado en la reducción del consumo de grasas total y saturadas, y en el aumento del consumo de cereales y hortalizas. Las políticas trazadas para lograr estos propósitos han incluido educación de profesionales y consumidores, subsidios a los productores y los consumidores para estimular la producción y el consumo de productos lácteos con bajo contenido de grasas, cereales, patatas, hortalizas, ganado vacuno alimentado con hierba, aves y pescados, así como regulaciones para la calidad y el etiquetado de los productos alimentarios.

A pesar de los éxitos, los fondos para concretar la política nacional de nutrición y alimentación se han visto limitados. A los noruegos les preocupa la posibilidad de que su audaz política se vea amenazada por la mundialización del mercado de alimentos y el sistema de libre mercado, lo que podría provocar la irrupción en sus mercados de alimentos importados con una composición nutricional no aprobada o no incentivada por los planes nacionales noruegos. Ellos han preferido mantenerse fuera de la Unión Europea.

BULGARIA

Bulgaria tiene en la actualidad una población estable de 8,8 millones de habitantes. Es uno de los países de Europa central y oriental que está llevando a cabo una transición de una economía centralizada a una econo-

mía de mercado. El PIB per cápita es bajo, de US\$ 1.275. Es un país predominantemente agrario, donde la agricultura se colectivizó después de 1945 y aporta casi el 20% de los empleos.

Tendencias epidemiológicas

Las tasas de enfermedades y trastornos crónicos relacionados con la dieta, incluidas la obesidad y las enfermedades coronarias, son altas y están ascendiendo. Las tasas de enfermedades coronarias en Bulgaria están ahora entre las más altas del mundo.

De manera similar, las tasas de mortalidad ajustadas en función de la edad y el sexo, por cada 100.000 habitantes, han aumentado, debido al cáncer, de 166,9 (en hombres) y 115,8 (en mujeres) en 1957 a 221,8 (hombres) y 147,2 (mujeres) en 1993. El cáncer de pulmón contribuyó de forma desproporcionada a la mortalidad en hombres entre 45 y 75 años de edad. Los cánceres de estómago y de colon y recto fueron la siguiente causa más común de mortalidad masculina. En las mujeres, la mortalidad por cáncer de mama fue la mayor causa de mortalidad hasta los 45 años, mientras que el cáncer de estómago ocasionó más muertes entre mujeres de más edad.

Tendencias nutricionales

En el período de posguerra, los precios de los alimentos se mantuvieron bajos para reducir los costos de la fuerza de trabajo y estimular así la industrialización. Se dieron pasos deliberados para evitar las importaciones de alimentos y lograr la autosuficiencia. Entre 1970 y 1988, el consumo de carne, leche y azúcar y de los productos derivados de estos aumentó enormemente. El consumo de cereales cayó, mientras que el consumo de hortalizas aumentó en cierto grado. El consumo de grasas ha crecido y era el 37% de la energía total en 1989. Los consumo de sal y de alcohol también son altos y están creciendo.

La ruptura económica y social que se produjo con la introducción del modelo de libre mercado ha provocado un vertiginoso descenso en el consumo de hortalizas y frutas, y también de leguminosas, que tradicionalmente fueron una parte importante de la dieta búlgara. Las comidas “rápidas” o meriendas se extienden cada vez más y el pan blanco está sustituyendo al tradicional pan negro.

Perspectivas para la prevención

Durante más de 30 años, el Instituto Búlgaro para la Nutrición ha desarrollado estudios de campo y encuestas representativas. En 1984, se diseñó un “sistema para la nutrición saludable del pueblo búlgaro”. En 1987, se

presentó un programa nacional elaborado para prevenir enfermedades crónicas como el cáncer y las enfermedades coronarias. Las orientaciones a la población incluían reducir el consumo de sal, grasas animales y azúcar, y aumentar el de hortalizas y frutas. El informe preparado por Bulgaria para la Conferencia Internacional FAO/OMS sobre Nutrición (Petrova y cols., 1992) concluyó que este programa había sido ineficaz.

Las recomendaciones se proponen llegar a grupos expuestos a riesgo especial de padecer enfermedades relacionadas con la dieta, y abarcar también las dimensiones sociales y organizacionales de los aspectos de la dieta y la salud, presentando, por ejemplo, una legislación que garantice la seguridad de los alimentos y un sistema unificado de educación de salud. La Academia Médica Búlgara y el Ministerio de Salud y Bienestar Social han hecho propuestas para establecer una Comisión Parlamentaria de Salud Pública que diseñe, administre e implemente programas dirigidos a prevenir las enfermedades que son causas principales de las muertes prematuras.

No obstante, Bulgaria, como otros países en Europa central y oriental, enfrenta gran cantidad de problemas económicos y sociales simultáneamente. La presión de atender urgentes problemas de salud pública entraña que las enfermedades crónicas, como el cáncer, no siempre ocupen uno de los primeros lugares en la lista de prioridades.

9.3.5 AMÉRICA DEL NORTE

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Los Estados Unidos, uno de los países más ricos del mundo, tiene una población estable de 263 millones y un PIB per cápita de US \$23.197. Aunque la agricultura sigue siendo una industria importante, la mayoría de los estadounidenses están empleados en trabajos industriales o de servicios y viven en pueblos y ciudades.

Tendencias epidemiológicas

Las tasas de enfermedades cardiovasculares han venido disminuyendo desde la década de 1970, pero las tasas de cáncer están creciendo de manera general en los Estados Unidos. En 1990, la tasa de mortalidad ajustada en función de la edad de todos los cánceres rondaba las 135 muertes por cada 100.000 habitantes, comparada con la de 125 por cada 100.000 de 1970. El cáncer es la segunda causa principal de muerte y representa cerca del 22% de todas las muertes. Cuatro cánceres constituyen más de la mitad de todos los ca-

sos de enfermedad y muertes relacionadas con el cáncer: pulmón (28%), colon y recto (12%), mama (9%) y próstata (6%).

Las tasas de incidencia de cáncer y de mortalidad por esta enfermedad son más altas entre los hombres que entre las mujeres, y entre los afroamericanos que entre los individuos blancos. En 1988, los hombres afroamericanos presentaban un riesgo de cáncer un 19% superior al de los hombres blancos y una tasa de supervivencia a los 5 años menor en un 41%, lo que comprueba que los afroamericanos tienen menor acceso a los tratamientos. De manera similar, entre las mujeres, aunque la incidencia de cáncer de mama fue un 17% inferior para las mujeres afroamericanas que para las mujeres blancas, la supervivencia relativa a los 5 años fue un 24% inferior entre las mujeres afroamericanas.

Desde finales de la década de 1970, la creciente adopción de un estilo de vida sedentario ha contribuido a la prevalencia de la obesidad. Las personas muy obesas son comunes en los Estados Unidos.

Tendencias nutricionales

Los hábitos alimentarios en los Estados Unidos han cambiado mucho desde inicios del siglo veinte, con un aumento del consumo de carnes (particularmente de res y aves), pescados y productos lácteos, grasas y aceites, frutas, azúcares y otros edulcorantes, y una disminución en el consumo de hortalizas, patatas y cereales. En general, esta tendencia es similar a la transición nutricional que acompañó a la urbanización y la industrialización en los países desarrollados a lo largo del siglo veinte, y que ahora está teniendo lugar aceleradamente en los países en desarrollo.

El consumo de grasas creció de manera constante de cerca del 30% de la energía total a comienzos del siglo a más del 40% a mediados de la década de 1980; después descendió a cerca del 37-38% y menos entre algunos grupos debido a la mayor disponibilidad y la promoción de leche y productos lácteos con bajo contenido de grasa. El consumo de carbohidratos ha disminuido de cerca del 57% de la energía total a aproximadamente el 46%, mientras que la proporción de carbohidratos consumidos como azúcares ha aumentado.

La gran evolución social que tuvo lugar desde la década de 1970 ha conducido a grandes cambios en los hábitos alimentarios a nivel doméstico. La comida familiar tradicional en gran medida ha sido sustituida por comidas ligeras y comidas ocasionales y a solas; las comidas rápidas y de fácil preparación se han convertido en la norma tanto en la casa como fuera de ella. Al

RECUADRO 9.3.1 EL PROGRAMA 5 AL DÍA

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI) lanzó en 1991 el programa nacional *5 Al Día*. Esta es una importante iniciativa de salud pública a nivel poblacional en relación con la nutrición y el cáncer. Se trata de una asociación nacional entre el NCI y la industria de hortalizas y frutas, representada por la Fundación Producir para una Salud Mejor. El programa *5 Al Día* tiene el propósito de estimular a los estadounidenses a comer cinco o más raciones de hortalizas y frutas diariamente, como se recomienda en este informe. Sus aspectos distintivos son: la activación del gobierno y de la industria alimentaria a nivel nacional, estadual y local; la creación de asociaciones públicas/privadas y nacionales/estaduales/locales; asociaciones en los medios de comunicación masiva y programas que lleguen al público directamente.

El programa nacional fija normas y establece acuerdos con todas las asociaciones participantes del programa. El NCI ha autorizado a los 50 estados de la nación a organizar programas *5 Al Día* a nivel estadual, y ha delegado en la Fundación Producir para una Salud Mejor la autoridad para aceptar la incorporación de socios provenientes del sector industrial, como supermercados, restaurantes, servicios de alimentos, vendedores y proveedores.

En 1996, 1.200 socios provenientes del sector industrial, incluidos distribuidores (con cadenas que representan a más de 30.000 supermercados en toda la nación), juntas estaduales y federales de bienes agrícolas, firmas, vendedores mayoristas, distribuidores, proveedores y servicios de comida fueron autorizados a participar. Los vendedores minoristas y sus proveedores participan en el programa desplegando materiales de promoción y el logotipo *5 Al Día* en los productos que cumplen los requisitos, incorporando el mensaje *5 Al Día* en los anuncios impresos y transmitidos, desarrollando eventos interactivos como degustaciones y recorridos en supermercados, y compartiendo con la comunidad a través de las coaliciones estaduales del programa. Los restaurantes y operadores de servicios de alimentación participan en el aspecto de la venta.

El financiamiento inicial para el programa provino de la Fundación Producir para una Salud Mejor, que contribu-

yó con US\$ 500.000 al programa en el primer año e hizo contribuciones a los medios de comunicación masiva (tiempos de transmisión y espacios en la prensa para anuncios). Además, el NCI invirtió \$400.000 en el primer año del programa. Hasta 1996, la industria de hortalizas y frutas ha invertido aproximadamente \$150 millones en el programa, en publicidad y en donaciones a las coaliciones estaduales y locales. El NCI ha invertido aproximadamente \$25 millones, fundamentalmente en investigaciones sobre el cambio de comportamiento y sobre los medios de difusión masiva y las comunicaciones.

El NCI actúa como la voz científica del programa hacia el público para proteger a las asociaciones de la salud y del gobierno, para hacer evaluaciones y para promover estudios de intervención. La Fundación facilita la implementación del programa en la industria alimentaria, y trabaja con el NCI en la elaboración de directrices y en la dirección del programa, y en la comprobación de que las asociaciones de la industria cumplen las normas que establece el programa. Nacionalmente, el NCI y la Fundación conducen estudios de mercado, desarrollan temas y materiales para la promoción y generan publicidad para apoyar las actividades de todos los socios. En los niveles estadual y local, las asociaciones pueden unirse a ellos para organizar y realizar intervenciones complementarias que resulten atractivas a nivel local o regional. En la medida que el programa ha ido madurando, se han establecido colaboraciones adicionales con otros agentes promotores del cambio, como la Asociación Estadounidense de la Nutrición. En este caso, la Asociación empleará su línea de consumidores y los representantes de los medios de comunicación masiva para llegar a los consumidores, y también incitará a sus 65.000 miembros a implementar actividades del programa *5 Al Día* en sus centros de trabajo.

Las actividades para promover el mensaje del programa involucran a los medios de transmisión, el uso de voceros nacionales, materiales impresos y eventos en los medios de difusión masiva. Las actividades especiales se dirigen a las comunidades locales y despiertan el interés de los medios de difusión. Campañas periódicas de promoción enfocadas hacia temas específicos, como las ensaladas, buenas condiciones físicas,

entretenimientos o comidas preparadas en el horno de microondas, mantienen fresco el programa y a la vista en los establecimientos de ventas de alimentos. Una Semana Nacional de *5 Al Día*, que se celebra en septiembre, permite a todas las asociaciones unir fuerzas para un período de alto impacto.

En 1995, el lema de la *Semana de 5 Al Día* -“Asuma el reto de 5 Al Día”- tenía el propósito de operar un cambio en los consumidores para que trascendieran de la toma de conciencia a un cambio de comportamiento. Los esfuerzos de los medios de difusión incitan a líderes de opinión estaduales o locales como atletas, *disc jockeys*, políticos y otras celebridades a divertirse y a retarse unos a otros a comer cinco raciones diarias durante una semana. Un grupo de astronautas lanzó el reto al público, a nivel nacional, haciendo uso de las tecnologías más avanzadas de comunicaciones, en este caso a través de imágenes vía satélite que se transmiten por televisión en toda la nación. Las escuelas, los supermercados, los centros de trabajo, las iglesias, los programas de asistencia alimentaria, los restaurantes, las organizaciones cívicas y de servicios, brindan grandes oportunidades para realizar intervenciones comunitarias y permiten la constancia en la difusión de los mensajes del programa *5 Al Día*.

El componente de investigación del programa *5 Al Día* consiste en estudios basados en nueve comunidades, que recibieron financiamiento en 1993 de parte del NCI, en principio para cuatro años. El propósito de estas asignaciones es implementar y evaluar las intervenciones dirigidas a aumentar el consumo de frutas y hortalizas entre grupos de población específicos, en canales comunitarios particulares, que incluyen lugares de trabajo, escuelas, iglesias y programas de asistencia alimentaria.

El NCI, con ayuda de la Fundación, condujo una encuesta nacional para medir el consumo en 1996 y una evaluación del proceso de las actividades de intervención en los estados. El NCI también financió, en 1994 y 1995, en coordinación con los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades nacionales, ocho asignaciones para evaluar las actividades de *5 Al Día* implementadas a nivel estadual.

mismo tiempo, una minoría significativa de personas, por razones de salud y ambientales, ha cambiado hacia dietas basadas en alimentos de origen vegetal y muy poco procesados.

La industria productora de alimentos en los Estados Unidos es innovadora y produce más de 10.000 nuevos productos alimentarios cada año. Los nuevos productos generalmente se promueven como convenientes y

nutritivos. Los productos con bajo contenido de grasa y los llamados desgrasados se extienden cada vez más. Se han desarrollado nuevas tecnologías para producir sustitutos de grasas con bajo o ningún valor calórico, y el mercado para los suplementos de micronutrientes ha aumentado sustancialmente.

El apoyo oficial y la toma de conciencia pública sobre la vinculación entre la dieta y la salud han conducido, hasta cierto grado, los cambios en los suministros de alimentos. Muchos nuevos productos, con composiciones nutricionales especialmente definidas, se venden a un precio muy alto, por lo que quedan fuera del alcance de los consumidores de bajos ingresos.

Históricamente, la visión estadounidense ha sido que las fuerzas del mercado conforman –y que así debe ser– los hábitos alimentarios de la nación, y que lo que se necesita para que los patrones cambien es brindarle más información a los consumidores que, individualmente, pueden entonces cambiar sus preferencias alimentarias.

No obstante, los consumidores en los Estados Unidos, al igual que los consumidores en otros países desarrollados e incluso de países en desarrollo, están saturados de información sobre alimentos y salud, mucha de la cual es confusa y hasta contradictoria. Por ejemplo, las políticas para incrementar la demanda de determinados productos agrícolas han conducido a programas de publicidad para promover los productos lácteos, los huevos, la carne de res y de cerdo, mientras que las recomendaciones alimentarias han estado dirigidas a reducir dicho consumo. Los programas de asistencia federal para los pobres han sido usados expresamente para el desarrollo del mercado y no de la nutrición. Debido a estas señales contradictorias, es probable que los consumidores, por ejemplo, reduzcan las grasas o el azúcar de una fuente alimentaria, solo para

sustituirla por otra. Aparte de la ya señalada disminución en el consumo de grasas, la composición de nutrientes en la dieta general de los Estados Unidos no ha cambiado gran cosa desde la década de 1970.

Perspectivas para la prevención

Según la publicación de la Academia Nacional de Ciencias, *Diet, Nutrition and Cancer* (NAS, 1982), la política oficial en los Estados Unidos, reflejada en el trabajo de los organismos gubernamentales y las principales instituciones benéficas, ha sido aceptar y promover el mensaje de que el cáncer es una enfermedad en gran medida prevenible. Una serie de informes y declaraciones de principios de la NAS (1989), el Departamento de Salud y Servicios Sociales (DHHS, 1988a), el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, 1994) y la Asociación Estadounidense contra el Cáncer (ACS, 1996) han puesto énfasis en el papel de los alimentos y la nutrición en la prevención del cáncer en los Estados Unidos. Las conclusiones de estos documentos se resumen en el Apéndice A del presente informe. (Véase también el Recuadro 9.3.1 sobre el programa *5 Al Día* del Instituto Nacional del Cáncer.)

La Junta de Políticas de Nutrición, una comisión adscrita al Departamento de Salud y Servicios Sociales, asesora acerca de la educación sobre nutrición, investigación, vigilancia de la nutrición, asuntos de nutrición internacional y seguridad de los alimentos. Los objetivos de la política nacional para la nutrición están incluidos en las Pautas Nutricionales para los Estadounidenses, publicadas conjuntamente por el Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Seguridad Social, cada cinco años, desde 1980. La nutrición y la prevención del cáncer es también un asunto clave para la iniciativa Personas Saludables 2000 (DHHS, 1988b).