

LYNN SILVER

---

LA REGULACIÓN DE LOS FACTORES DE  
RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS:  
EXPERIENCIAS DE LOS ESTADOS  
UNIDOS

MD, MPH  
Instituto de Salud Pública



---

## LA REGULACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: EXPERIENCIAS DE LOS ESTADOS UNIDOS

LYNN SILVER

Los Estados Unidos precedieron América Latina en relación con la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Pero incluso cuando el resto de las Américas se une a nosotros en esta transición demográfica, todavía estamos descubriendo las formas de prevenir o retrasar estas enfermedades de manera sistemática. La epidemiología actual de las enfermedades cardiovasculares y pulmonares, la diabetes y el cáncer consiste en pirámides de desigualdad social, cambio social y tecnológico y profundos intereses económicos. Una gran noticia en los Estados Unidos es que de 1980 a 2009 la mortalidad por enfermedad coronaria se redujo en dos tercios (Ford et al., 2014), un cambio extraordinario atribuido a la prevención primaria y la atención médica en proporciones similares (Ford et al., 2007). La mala noticia es que la obesidad y la diabetes han aumentado significativamente en el mismo período y profundas desigualdades persisten. A pesar del enorme progreso médico y tecnológico alcanzado, demoler las bases de las enfermedades crónicas prevenibles requerirá más que nuevas drogas milagrosas. Para cambiar esta situación, sin dejar a la mayoría de los adultos dependientes de tratamiento médico invasivo o medicamentos caros, será necesario examinar con mayor profundidad las bases de las epidemias de enfermedades crónicas y reconstruir ese fundamento. Este artículo analiza brevemente cómo algunos de estos elementos constitutivos están siendo enfrentados en los Estados Unidos. En concreto, con un breve examen de los enfoques de la desigualdad social, los riesgos alimentarios, el tabaquismo y la inactividad física

## LAS DESIGUALDADES ECONÓMICAS Y SOCIALES

Tal vez la característica más llamativa de la carga que las enfermedades crónicas representan los Estados Unidos, así como en otros países, es la desigualdad en su distribución. Esta desigualdad se produce tanto en la incidencia de muchas de estas enfermedades, así como en sus resultados, como la hospitalización o la muerte. La desigualdad de ingresos, que cayó después de la Gran Depresión de 1929, ha aumentado constantemente en los Estados Unidos desde la década de 1970 y ahora ha llegado a niveles no registrados desde 1928. En 2012, por primera vez, el 90% más pobre tenía menos de la mitad de los ingresos del país (Sáez, 2008). La vivienda está cada vez más cara y fuera del alcance de muchas familias. Sin embargo, hubo algunos progresos con respecto a otros determinantes sociales. Por ejemplo, el porcentaje de niños que completaron la escuela secundaria aumentó, incluso entre los negros y los latinos (U.S. Department of Health and Human Services, 2015a). Las tasas de homicidio han disminuido significativamente (Id., 2015b). La reforma del sistema de salud de Estados Unidos, conocida como *Obamacare*, redujo, pero no eliminó, las disparidades en el acceso a la atención médica, siendo que el porcentaje de personas sin cobertura se redujo de 18% en 2013 a 11,2% a principios de 2015 (Gallup, 2015). Sin embargo, los ingresos y la raza siguen siendo determinantes importantes de la incidencia y del resultado de las enfermedades crónicas. Por ejemplo, los latinos y los afroamericanos en California tienen casi el doble de probabilidades de tener diabetes o morir de la enfermedad que los blancos no hispanos (Conroy et al., 2014). En resumen, hay una mezcla de avance y retroceso en el enfrentamiento de los determinantes sociales básicos, que reflejará en la epidemiología de las enfermedades crónicas por los próximos años. Algunos sistemas de salud pública tratan de enfrentar los determinantes sociales básicos de las enfermedades crónicas, como parte de su trabajo, pero esto sólo ocurre en un pequeño pero creciente número de jurisdicciones. Muchas otras fuerzas sociales también trabajan para revertir estas desigualdades. Sin embargo, otras fuerzas trabajan para empeorarlas. Los enfoques de las políticas del gobierno para equiparar los ingresos varían mucho dentro del país: de gobiernos conservadores que acabaron con las protecciones para los trabajadores y aplicaron políticas fiscales más regresivas a administraciones que aumentaron el salario mínimo o claramente

intentaron reducir la desigualdad. El alcalde de Nueva York, Bill de Blasio, recientemente determinó que la reducción de la desigualdad de renta es el foco del plan estratégico de la ciudad, a la larga, conocida como OneNYC, comprometiéndose a sacar a 800.000 habitantes de la pobreza en la próxima década y reducir significativamente las disparidades raciales y étnicas en la mortalidad prematura (New York City, 2015). Será importante monitorear este esfuerzo explícito, inusual, de un gran centro urbano para revertir la tendencia nacional. Aunque este breve artículo no llegue a abarcar la amplia gama de determinantes sociales, su importancia en la determinación de la distribución de las enfermedades crónicas no puede ser ignorada.

## LOS FACTORES DE RIESGO AMBIENTALES Y DE COMPORTAMIENTO

Globalmente, cuatro grandes factores de riesgo de comportamiento están por detrás de más de dos tercios de todos los casos nuevos de enfermedades no transmisibles: dieta poco saludable, el tabaquismo, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol (Beaglehole et al., 2011). La Tabla 1 destaca las principales causas de muerte en los estudios de la Carga Mundial de Enfermedad en los Estados Unidos, reconociendo que estas causas interactúan. Por ejemplo, los riesgos alimentarios y la falta de ejercicio pueden, a su vez, conducir a un aumento en el índice de masa corporal, colesterol alto, glucemia y presión alta.

**Tabla 1. Causas de muerte en los Estados Unidos, 2010**

Causas	Número de muertes
Riesgos alimentarios	678.000
Tabaquismo	466.000
Presión alta	443.000
Índice de masa corporal elevado	364.000
Inactividad física	234.000
Alta glucemia plasmática en ayunas	214.000
Colesterol total alto	158.000
Material particulado	103.000
Alcohol	89.000

Fuente: Institute for Health Metrics, 2013.

A pesar de que algunas de estas causas son identificadas como “factores de riesgo de comportamiento”, muchas deberían ser vistas como factores de riesgo ambientales. Al igual que la gente respira aire contaminado y se enferma, ellas comen alimentos poco saludables y viajan en coche, porque es parte de su entorno – y se exige un conjunto muy consciente de elecciones para escapar de esto. Un gran esfuerzo de la comunidad de salud pública en la última década en los Estados Unidos fue pasar, principalmente, de enfoques educativos para modificar el comportamiento individual, con una eficacia limitada, a un enfoque basado en el cambio de estos determinantes ambientales de riesgo de enfermedades crónicas. Sin embargo, este cambio se produce de manera desigual y con alcance limitado y requiere la construcción de un consenso social más amplio para alcanzar el nivel necesario de transformación. La Tabla 2 muestra algunas de los enfoques políticos y normativos que están en uso o se han probado en los Estados Unidos u otros países para hacer frente a los riesgos de fumar, de la nutrición y del alcohol. Por supuesto, las estrategias utilizadas para prevenir el riesgo de enfermedades no transmisibles derivadas de estos tres grupos de productos tienen muchos rasgos en común, refiriéndose a, por ejemplo, las características de los propios productos (composición, embalaje, etiquetado o tamaño), su precios, a los lugares donde se venden o se consumen, la forma en que se promueven y a su impacto económico. Una mejor coordinación de las medidas de enfrentamiento a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles es una oportunidad potencial, pero, en general, los factores se han abordado uno por uno.



Tipo de cambio	Estrategia	Uso del Tabaco			Dieta poco saludable						Uso nocivo del alcohol
		Meta de la OMS: 30% de reducción			Objetivos de la OMS: Detener aumento de diabetes y obesidad, 30% de reducción en el consumo de sal y eliminar la grasa trans						Meta de la OMS: 10% de reducción
		Cigarrillos	E-Cigarrillos	Otros	Frutas/verduras	Bebidas azucaradas	Fast food	Grasa trans	Sal en la comida	Alimentos poco nutritivos	Alcohol
Información	Etiquetas de advertencia	✓	✓	✓		✓			✓		✓
	Información obligatoria para consumidores	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
Precio	Impuesto especial de consumo	✓	✓	✓		✓				✓	✓
	Impuesto sobre ventas	✓	✓	✓		✓	✓			✓	✓
	Precio mínimo	✓									✓
	Restricciones en descuentos	✓	✓	✓							✓
Marketing	Prohibición de marketing para niños	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Restricciones de tiempo, lugar o forma	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Prohibiciones amplias para todos los grupos etarios	✓	✓	✓							✓
Ambiente social	Regulaciones para fumo pasivo	✓	✓								
	Regulaciones en guarderías	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Regulaciones en escuelas	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Regulaciones en el trabajo	✓	✓			✓		✓		✓	✓
	Regulaciones en espacios públicos	✓	✓			✓				✓	✓



Tipo de cambio	Estrategia	Uso del Tabaco			Dieta poco saludable						Uso nocivo del alcohol
		Meta de la OMS: 30% de reducción			Objetivos de la OMS: Detener aumento de diabetes y obesidad, 30% de reducción en el consumo de sal y eliminar la grasa trans						Meta de la OMS: 10% de reducción
		Cigarrillos	E-Cigarrillos	Otros	Frutas/verduras	Bebidas azucaradas	Fast food	Grasa trans	Sal en la comida	Alimentos poco nutritivos	Alcohol
Otros enfoques económicos	Subsidios agrícolas (ampliar o eliminar)	✓	✓	✓	✓						
	Políticas de compras públicas (promover o restringir)				✓	✓	✓	✓	✓		✓
	Uso de la tierra/ agrícola o políticas de planeamiento urbano	✓	✓		✓						
	Incentivos/ subsidios para ciudadanos				✓						

Fuente: Modificado de PAHO, 2015.

✓ = En uso o aprobada en algún local de los EE.UU. (puede ser adoptada internacionalmente también)

✓ = En uso en el exterior, pero no en los EE.UU.

## RIESGOS ALIMENTARIOS

Los Estados Unidos lideran la epidemia internacional de la obesidad. Su mercado de alimentos está dominado por los alimentos y bebidas muy procesados y poco saludables. Una dieta poco saludable es el principal factor de riesgo que conduce a la muerte. Al mismo tiempo, los EE.UU. son un productor agrícola de peso. La nación ha tenido éxito en el aumento de la disponibilidad de alimentos de bajo costo y en reducir el hambre, pero hoy en día los más pobres y los más vulnerables a la inseguridad alimenta-

ria son los que más sufren con la mala calidad de los alimentos a un precio asequible y por lo tanto ellos son más propensos a ser obesos.

Los esfuerzos para reducir los riesgos alimentarios incluyeron enfoques para modificar la ingesta de nutrientes específicos, enfoques informativos, las políticas fiscales y los esfuerzos más amplios para cambiar la naturaleza de la producción y del mercado de alimentos. Algunos ejemplos se destacan. Los Estados Unidos lograron reducir significativamente el consumo de grasas trans, inicialmente con el etiquetado nacional que entró en vigor en 2006 y fue reforzado por la posterior restricción de la sustancia por varias leyes locales. Una prohibición federal puede ser completada a finales de este año. El consumo de grasas saturadas no cayó.

A pesar de estar en marcha desde 2010 un esfuerzo voluntario nacional para reducir el consumo de sal, coordinado por la ciudad de Nueva York, el gobierno federal aún no ha avanzado siquiera en medidas voluntarias o reglamentarias. Algunas empresas han reducido la sal de toda su línea o de algunos productos. La reducción de Walmart, por ejemplo, fue del 16% para todos los productos comercializados (Walmart, 2015), pero la participación de las empresas de alimentos en este esfuerzo de reducción de la sal aún está lejos de ser completa. Esto contrasta con los progresos realizados en el Reino Unido, donde el gobierno lidera una rigurosa campaña voluntaria, o una combinación de medidas voluntarias y reglamentarias en Argentina, por ejemplo (World Cancer Research Fund International, 2014). La combinación entre educación, políticas y esfuerzos de regulación ha sido asociada con una caída del 20% en el consumo de refrescos entre 2000 y 2013 (Statista, 2014). Sin embargo, la industria ha respondido con innovación, y bebidas energéticas, deportivas y té azucarados están en aumento, así como el agua embotellada.

Las iniciativas para establecer normas más estrictas para la alimentación en ciertos ambientes como guarderías, escuelas, hospitales y lugares de trabajo, avanzaron. Los marcos jurídicos nacionales para una alimentación saludable en las escuelas se han fortalecido con la promulgación de la ley *Healthy, Hunger-Free Kids* (Niños Sanos, Niños sin Hambre), de 2010 (U.S. Government, 2010), pero todavía están en riesgo de ser revocados. La comida en los jardines de infancia y la actividad física se han reglamentado en Nueva York en 2007, con la reducción asociada de la obesidad precoz.

Las normas nacionales de las guarderías para alimentos subvencionados públicamente son objeto de examen, y los esfuerzos para extender medidas similares voluntariamente están en marcha (Nonas et al., 2014; Sekhobo et al., 2014; USDA Food and Nutrition Service, 2015). Muchos hospitales están dejando de servir bebidas azucaradas y buscando mejorar el suministro de alimentos. Los gobiernos locales están adoptando cada vez más amplias normas de adquisición pública de alimentos que se aplican a una gama más amplia de los alimentos públicamente financiados o servidos o a alimentos que se venden en lugares públicos (Lederer et al., 2014).

Otros esfuerzos han servido para asegurar que las frutas y verduras y una variedad más amplia de alimentos estén disponibles incluso en locales de bajos ingresos o áreas rurales, que a menudo se caracterizan como “desiertos alimentarios”. La eficacia de estas medidas aún no está clara. En general, los esfuerzos para aumentar el acceso a alimentos saludables han sido menos polémicos y más aceptados que los esfuerzos tanto o más importantes para reducir la omnipresencia de los alimentos y bebidas poco saludables. Estos esfuerzos han sido mucho más controvertidos y han enfrentado una mayor resistencia de la industria alimentaria. Sin embargo, un progreso gradual ha ocurrido en algunos puntos, como comidas rápidas para los niños.

La rápida expansión del tamaño de las porciones de bebidas azucaradas (Young; Nestle, 2002), *junk food* y una amplia variedad de comida también fue un factor importante que contribuyó al aumento de la ingesta de calorías en los EE.UU. En la década de 1950, el único tamaño de refrescos disponibles en McDonald’s era de 207 ml. Hoy en día, este tamaño es inferior del disponible para los niños, y en algunos restaurantes, el refresco para consumo individual llega a tener dos litros. La ciudad de Nueva York ha tomado la delantera en la aprobación de una ley que restringía, de forma moderada, las bebidas azucaradas en los restaurantes a 473 ml (New York City Board of Health, 2012). Sin embargo, esta medida fue vetada debido a un tecnicismo legal por los tribunales. Nunca hubo ningún intento de regular, en términos más generales, los tamaños de los paquetes permitidos en el comercio minorista. Curiosamente, el Instituto McKinsey Global estimó que las reducciones en los tamaños de las porciones que se venden pueden ser la intervención más eficaz para reducir la obesidad (Dobbs et al., 2014).

Los esfuerzos para reducir el marketing de productos poco saludables para los niños – o adultos – se han enfrentado a dificultades en los EE.UU. debido a la interpretación actual de las protecciones constitucionales de la libertad de expresión, que, por desgracia, se han extendido por los tribunales también para los discursos comerciales. Esto ha hecho que la regulación del marketing de productos nocivos, incluso para los niños, fuese extremadamente difícil. Los esfuerzos de la administración Obama para desarrollar directrices, aunque voluntarias, fueron derribados por la oposición en el Congreso y la Comisión Federal de Comercio incluso dejó de monitorear este tipo de publicidad (Bottemiller Evich; Purdy, 2014).

La información para los consumidores ha mostrado una mejora modesta. La determinación de la ciudad de Nueva York, establecida en 2006, de la cadena de los restaurantes indicaren las calorías resistió a demandas judiciales y se extendió ampliamente. En 2009, el etiquetado nutricional de los menús se incluyó en el proyecto de reforma de la ley de Salud, y las regulaciones federales se emitieron cinco años más tarde, en 2014. Van a entrar en vigor en todo el país en diciembre de 2015 (Food and Drug Administration, 2014a). Esto requerirá información importante acerca de las calorías de los alimentos hechos en las cadenas de comida rápida y otros restaurantes, además de máquinas expendedoras, cines y cadenas de supermercados. Revisiones propuestas de la información nutricional obligatoria de las etiquetas de los envases también están bajo revisión y podrían dar lugar a algunos avances (Food and Drug Administration, 2014b). Sin embargo, están muy lejos de la transparencia y del impacto de los sistemas de etiquetado que aparecen en la parte frontal de los paquetes, tales como el sistema utilizado en Chile y Ecuador, con claras advertencias gráficas para los consumidores acerca de los productos más o menos saludables ( Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2015; Vance, 2013).

Los cambios en la política fiscal avanzan muy lentamente. Tributos sustanciales sugeridos para las bebidas azucaradas no han sido aprobados en más de 30 jurisdicciones, hasta noviembre de 2014, cuando la primera medida fue aprobada en la pequeña ciudad de Berkeley, California (City of Berkeley, 2014). Allí, la tasa llega al 10%, similar a la de México. Un impuesto menor y que se aplica tanto a los refrescos cuanto al *junk*

*food* también ha sido aprobado por la Nación Navajo. Una evaluación de la iniciativa Berkeley está en marcha. Un impuesto nacional, conocido como *Sweet Act*, se ha propuesto, pero es poco probable que avance. Sin embargo, al mismo tiempo, los subsidios federales de alimentos para las familias se pueden utilizar para comprar bebidas azucaradas, generando cuatro mil millones de dólares al año de subvención pública para la industria de los refrescos (Shenkin; Jacobson, 2010) y demostrando el impacto contradictorio de las políticas públicas en diferentes esferas.

Otros trabajan para fomentar una reforma más amplia de la producción y del suministro de alimentos, a menudo combinando objetivos de una alimentación sana y de sostenibilidad ambiental. Esto se reflejó en la rápida propagación de los consejos locales de las políticas alimentarias. Estos consejos han abordado una serie de cuestiones. Entre ellas, la adopción de métodos de producción de alimentos más sostenibles, un mayor acceso a frutas y vegetales, huertas comunitarias, un mejor uso de los alimentos producidos a nivel local, a través de los programas que llevan la comida de la hacienda a las escuelas y mesas, los incentivos económicos para el consumo de frutas y verduras, el aumento de la disponibilidad de alimentos saludables en la vecindad y las condiciones para los que trabajan en los sectores agrícola y alimentario. Los consejos también están colaborando a nivel regional y nacional para aumentar su impacto en las políticas alimentarias estatales y nacionales (California Food Policy Council, 2014). Una iniciativa política que surgió de este trabajo es un esfuerzo incipiente del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria, que ofrece a las familias de bajos ingresos subsidio para comprar alimentos, incentivos piloto para la compra de frutas y verduras.

El reciente informe del Comité Consultivo de Guías Alimentarias de los Estados Unidos ha hecho un progreso significativo en el discurso nacional, tanto en términos de medidas políticas propuestas para mejorar el suministro de alimentos como en el énfasis en un enfoque más holístico a la alimentación y la sostenibilidad (U.S. Departments of Agriculture and of Health and Human Services, 2015).

En resumen, los niveles de conciencia y acción sobre los riesgos de una dieta poco saludable han crecido sustancialmente en los EE.UU. en la última década, y los esfuerzos para transformar el suministro de alimentos

se multiplican. Sin embargo, estos esfuerzos se distribuyen de forma muy desigual en todo el país y tienen rango limitado. Ellos apenas empiezan a cambiar el suministro de alimentos. Se necesitan con urgencia cambios más profundos en la naturaleza de los alimentos que se venden en los supermercados, restaurantes y otros negocios.

## TABACO

Los Estados Unidos son el hogar de un trabajo pionero en el campo de la lucha contra el tabaco. Cincuenta años después del histórico informe del Director General de salud Pública de Estados Unidos Leonidas Luther Terry *Informe sobre Salud y Tabaco* de 1964, se ha producido un enorme progreso. Las tasas de tabaquismo entre adultos han disminuido de alrededor de 43% en 1965 al 18% en 2014. Las tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, la principal causa de muerte por cáncer, están cayendo. Sin embargo, más de 40 millones de estadounidenses todavía fuman, incluyendo tres millones de estudiantes adolescentes. El tabaco mató a más de 20 millones de personas prematuramente desde el primer informe del Director General en 1964. Los costos económicos atribuidos al consumo de tabaco en los Estados Unidos se estiman en 289 mil millones de dólares a 332,5 mil millones entre 2009 y 2012, y reflejan tanto la atención médica directa de adultos cuanto la pérdida de productividad debido a las muertes prematuras y humo de segunda mano (U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

Por desgracia, la tasa de declive del hábito de fumar se desaceleró y las muertes atribuidas al consumo de tabaco deben permanecer altas a menos que se haga algo. Parte de esta persistencia refleja las creativas estrategias de adaptación de la industria para inducir y mantener la dependencia de la nicotina. Más gente está utilizando varios tipos de productos de tabaco, en especial los más jóvenes. Esto es el resultado de la llegada a los mercados de América del Norte de los cigarrillos electrónicos y la diversificación de los puros pequeños y de productos de tabaco sin humo, con una amplia gama de sabores y diseños para atraer a los jóvenes, de mango a chocolate. El porcentaje de estudiantes adolescentes en los EE.UU. que fuman cigarrillos electrónicos más que dobló entre 2011 y 2012.

Los esfuerzos actuales se centran en la ampliación de las políticas fuertemente basadas en la evidencia, incluyendo aumentos de impuestos, ambientes libres de humo, más soporte para dejar de fumar, etiquetas de advertencia, campañas de salud pública y restricciones a la publicidad, las promociones y el patrocinio. Las inversiones públicas en el control del tabaco se correlacionan directamente con las tasas de tabaquismo entre los jóvenes. Sin embargo, la financiación y el compromiso político no han sido suficientes para aplicar plenamente estas estrategias y alcanzar a toda la población en los niveles recomendados. Sólo dos estados han llegado a los niveles de financiación para el control del tabaco recomendados por los Centros para el Control de la Enfermedad y la Prevención en 2014 – y más de 40 se quedaron por debajo de la mitad de ese nivel (American Lung Association, 2015).

Los Estados Unidos fueron pioneros en las políticas locales de áreas libres de humo. California fue el primer estado en exigir que todos los lugares de trabajo, bares y restaurantes prohibieran fumar en 1998. Antes de esta fecha, pocas políticas abarcadoras de este tipo estaban en vigor. Esto fue precedido por décadas de desarrollo progresivo de políticas más consistentes en áreas libres de tabaco. En 2011, casi ocho de cada diez estadounidenses estaban protegidos por leyes que prohibían fumar (en lugares de trabajo y/o en los restaurantes y/o bares) (Hyland; Barnoya; Corral, 2012). Los niveles de tributación del tabaco varían mucho en todo el país, de US\$ 0,46 centavos por paquete, en Missouri, a US\$ 4,75 dólares en Nueva York, lo que hace con que un paquete de cigarrillos cueste entre US\$ 4,41 a US\$ 10,29 dólares (Campaign for Tobacco Free Kids, 2014). Algunas pocas jurisdicciones han establecido políticas de precio mínimo o han prohibido descuentos en productos de tabaco como alternativas complementarias para mantener los precios altos.

Otras políticas locales que están avanzando tratan de incluir en las leyes de antitabaco los e-cigarrillos y el humo en condominios, prohíben los productos de tabaco con sabor o crean normas más estrictas para permitir la venta de tabaco en el comercio minorista, que pueden reducir la densidad de los establecimientos, evitar su cercanía de las escuelas, o acabar con las ventas en farmacias, entre otros.

Los esfuerzos para controlar el tabaco han sido durante muchos años, principalmente, de los estados o municipios, pero desde que la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) se ha encargado de regular los productos de tabaco en 2009, el gobierno federal comenzó a jugar un papel regulador más activo. El gobierno federal ha intensificado recientemente las campañas nacionales en los medios de comunicación y el apoyo a los gobiernos locales, con impacto inmediato en los intentos de dejar de fumar. Sin embargo, algunos dicen que este trabajo progresa muy lentamente. La Asociación Norte-Americana del Pulmón, en su informe anual sobre la Situación de Control del Tabaco, le dio al gobierno federal una puntuación baja por la regulación, tributación y por no haber ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco después de su firma; ya cuanto al apoyo para que las personas dejen de fumar, la evaluación fue un poco mejor. A la asociación le gustaría que la autoridad federal actuase más rápidamente y de manera más proactiva para proteger la salud.

El apoyo para que las personas dejen de fumar se ha convertido recientemente en un servicio preventivo obligatorio para casi todos los seguros de salud en los Estados Unidos desde que la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y fue aprobada en 2010.

Algunas de las estrategias adoptadas en otros países enfrentan o pueden enfrentar desafíos legales en los EE.UU., como la prohibición total de la publicidad, empaquetados genéricos, exigencia de contrapropaganda en los puntos de venta, almacenar los productos en armarios cerrados o requisitos más estrictos de paquetes gráficos. La mayoría de estas iniciativas se enfrenta con la interpretación de la Corte Suprema de la libertad de expresión, que también restringe nuestra capacidad para regular el marketing de alimentos poco saludables. Por ejemplo, las etiquetas de advertencia con poco énfasis aparecen en los paquetes de cigarrillos hace años, pero una norma de 2011, que requería prominentes advertencias gráficas en cada paquete fue vetada por los tribunales en 2012 (Food and Drug Administration, 2015).

En general, en los EE.UU., así como en otros países, al parecer, una combinación de medidas en diferentes áreas y una constante actualización de las estrategias estrictas de control del tabaco son necesarias para



mantener la curva de consumo de tabaco en declive. Ya que algunas de las alternativas no son factibles debido a las leyes norte-americanas, es urgente implementar estrategias comprobadamente eficaces y continuar a testar políticas innovadoras.

Tal vez los debates más importantes en curso se reflejan en las denominadas estrategias del “juego final” (U.S. Department of Health and Human Services, 2014). Ellas incluyen la reducción o eliminación de la nicotina, la sustancia principal responsable de la adicción creada por los productos de tabaco, o maneras de disminuir las ventas, incluyendo la prohibición de las clases de productos de tabaco – fue lo que hizo Brasil con los cigarrillos electrónicos, por ejemplo. Sin embargo, estas estrategias de “juego final” todavía no se han adoptado en los Estados Unidos, con la excepción de las restricciones nacionales y locales sobre determinados cigarrillos u otros productos de tabaco con sabor (como el clavo). La fuerte reducción o eliminación de la nicotina de los productos del tabaco, con el fin de disminuir la adicción, puede ser la opción con el mayor impacto. Este enfoque fue propuesto por investigadores estadounidenses (Benowitz; Henningfield, 1994) y sigue siendo objeto de examen, pero necesita ser implementado y evaluado.

En resumen, a pesar del espíritu pionero, de la creatividad y del gran progreso logrado, acabar con el tabaquismo es una batalla parcialmente ganada en los Estados Unidos.

## SEDENTARISMO

Los EE.UU., muchas veces recordado como el hogar de los pioneros y vaqueros duros, hoy son el hogar de una de las poblaciones más sedentarias y con sobrepeso en el mundo. Los Estados Unidos ayudaron a crear el modelo bien conocido de expansión suburbana de la vivienda, centros comerciales y autopistas, completamente dependiente de los coches para el desplazamiento y, a menudo con una baja oferta de transporte público. Nuestro desarrollo tecnológico también ha eliminado gran parte de la actividad física de nuestra rutina, de escaleras mecánicas a ascensores, lavadoras, carretillas elevadoras y los procesadores de alimentos. Televi-

sores, ordenadores, teléfonos inteligentes y las tabletas se utilizan tanto en el trabajo como para el ocio. Muchas comunidades carecen de espacios recreativos (o son inseguros), mientras que en otros lugares abundan excelentes oportunidades de recreación.

Estrategias para incrementar la actividad física incluyen mensajes educativos tradicionales, esfuerzos para aumentar la seguridad y la disponibilidad de transporte activo, transformación de la planificación urbana y rural para crear comunidades mixtas más sostenibles, un mayor acceso a espacios de recreación y nuevas oportunidades de actividad física en lugares específicos, como guarderías, escuelas y lugares de trabajo. Al igual que con la dieta y el tabaco, poco a poco el énfasis ha ido cambiando de la educación individual a otra dirigida a cambios en las políticas y el medio ambiente.

El monitoreo nacional de los patrones de actividad física no es tan robusto como aquel relacionado a otros factores de riesgo. Sin embargo, la actividad física para el ocio parece haber aumentado ligeramente desde 1998. Los datos de la Encuesta Nacional de Salud muestran que el número de adultos que cumplen las directrices de actividad física para los estadounidenses de 2008 creció de 14,3% en 1998 a 20,7% en 2010 (National Center for Health Statistics, 2012). Sin embargo, este aumento de la actividad física para el ocio puede ser una compensación por la caída en el gasto de energía en el trabajo y debido a comportamientos sedentarios. Se calcula que el gasto diario de energía relacionado con el trabajo cayó más allá de 100 calorías en los últimos 50 años (Church et al., 2011). El tiempo que la gente pasa viendo la televisión o en la computadora también aumentó en todo el país (Brownson; Boehmer; Lucas, 2005).

Los enfoques más integrales para aumentar la actividad física se aferran a cómo transformar nuestras comunidades. Un esfuerzo inicial son las Directrices de Diseño Activo de Nueva York (Burney et al., 2010). Ellas unieron a los líderes de la salud pública con arquitectos, planificadores, diseñadores y especialistas en construcción. Ellos revisaron la evidencia y establecieron una lista de recomendaciones para que los edificios y las calles se hiciesen más propicios para la actividad física. Se proponía desde escaleras abiertas a más árboles en las calles y una mejor planificación

urbana de los barrios. Este esfuerzo, que surgió de la iniciativa de *Fit-City*<sup>1</sup> (Ciudad en forma) y se convirtió en una iniciativa *Fit-Nation* (País en Format), capacitó arquitectos, planificadores y diseñadores para sensibilizarlos sobre el impacto del diseño y de la planificación en la actividad física y la salud. Algunos aspectos también fueron incluidos en la política de contratación de la ciudad. Las autoridades responsables por el transporte en la ciudad han sido líderes en la promoción del transporte activo y en la construcción de carriles bici y rutas adicionales para el transporte público. Programas para compartir bicicletas se extendieron rápidamente por las grandes ciudades. Directrices similares se están desarrollando en otras comunidades con diferentes características, incluidas las zonas urbanas y rurales.

En general, existen exigencias para la educación física tradicional enseñada en las escuelas de todo el país. Sin embargo, muchas no cumplen con estos requisitos, y muchos estados permiten el incumplimiento para las escuelas, lo que debilita el marco regulatorio. Una serie de enfoques se están utilizando para aumentar la actividad física antes, durante y después de la escuela, ya sea en el aula, en la cancha de deportes de la escuela, o incluso fuera de la escuela. Las normas que rigen el entorno de las guarderías y requieren actividad física y una reducción del tiempo frente al televisor o la computadora (así como una dieta más saludable) se utilizaron en Nueva York para aumentar la actividad física entre los niños pequeños y se asociaron con tasas decrecientes de obesidad. También se ha fomentado el ofrecimiento de actividades físicas en los lugares de trabajo, el apoyo al uso de transporte activo de los empleados y el apoyo a los trabajadores que hacen ejercicios en otros lugares.

Programas para crear rutas seguras a las escuelas han sido una de las áreas más activas en la promoción de la actividad física. En 1960, casi la mitad de los niños estadounidenses caminaban hasta la escuela o iban de bicicleta, pero en la actualidad menos del 15% lo hacen (Safe Routes to School National Partnership, 2015). Esto contribuye en gran medida a que los niños sean menos activos y saludables. Llevar a los niños a la escuela en coche también contribuye significativamente al consumo de

---

1 Evento realizado desde el año 2006 en Nueva York que analiza la relación entre la planificación de la ciudad y la calidad de vida y salud de sus habitantes.

combustibles fósiles y al aumento en el tráfico. La preocupación tanto por los impactos en el transporte como en la salud ha hecho con que desde 2005 hubiese financiamiento federal con el fin de promover en todo el país rutas seguras a las escuelas. Las comunidades pueden utilizar los fondos de transporte para construir nuevos carriles bici, carreteras y aceras, así como promover campañas sobre rutas seguras a las escuelas en las escuelas de educación primaria y secundaria. En California, un programa estadual innovador de transporte activo combina fondos federales con el dinero de las medidas para controlar el cambio climático con el fin de promover los desplazamientos a pie, con la bicicleta y en transporte público. La primera ronda en 2014 incluyó 265 proyectos con un costo de US\$ 367 millones, dinero que salió de los fondos. De este total, US\$ 311 millones se dedicaron a 220 proyectos en las comunidades pobres (California Department of Transportation, 2015). Proyectos de rutas seguras a las escuelas fueran un componente importante de esa financiación.

Departamentos de salud pública en todo el país también están comenzando a construir una colaboración activa con los organismos gubernamentales pertinentes en las áreas de planificación, transporte y diseño. Mientras esto ocurre en una minoría de jurisdicciones, los ejemplos de la colaboración y reconocimiento de la sinergia entre la salud, la sostenibilidad y calidad de vida son cada vez más frecuentes. En California, por ejemplo, la salud pública ha participado activamente en la revisión de las recomendaciones estaduales para planes generales locales, documentos legales que guían el diseño de la comunidad, y departamentos locales en los municipios han estado activamente involucrados para asegurar que el entorno construido en las comunidades promueva la actividad física, la alimentación saludable y una mayor equidad.

Uno de los programas más innovadores en el país proviene del Consejo de Crecimiento Estratégico de California, que busca reducir la emisión de gases de efecto invernadero y trabaja en la interfaz entre la salud y la prevención del cambio climático. En total, un 20% de los fondos del programa de California de *cap-and-trade* para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero están siendo utilizados para financiar el programa de Vivienda Asequible y Comunidades Sustentables, que se inició en 2014. Este programa tiene como objetivos: a) reducir la contaminación atmosférica; b)

mejorar las condiciones de las comunidades pobres; c) apoyar o mejorar la salud pública; d) mejorar la conectividad y la accesibilidad al empleo, la vivienda y los servicios; e) ampliar las opciones de movilidad, incluido el transporte activo; f) proteger las tierras agrícolas para apoyar la revitalización. En resumen, esto ayudará a prevenir las enfermedades crónicas al construir comunidades cuyo diseño promoverá el transporte activo y reducirá la contaminación, así como aumentará el acceso a la vivienda. Es probable que este tipo de enfoque, “la salud en todas las políticas”, será necesario para invertir las características ambientales asociadas a la reducción de la actividad física, particularmente en relación con el transporte (California Strategic Growth Council, 2015). El Consejo de Crecimiento Estratégico también abriga al Grupo de Trabajo de Salud en Todas las Políticas de California, un consejo de alto nivel que reúne a los dirigentes de las agencias estatales para identificar prioridades intersectoriales para la promoción de la salud.

## OBSTÁCULOS

Tres barreras clave son obstáculos comunes para avanzar en este trabajo. La primera es la financiación. Mientras que el sistema de atención a la salud de Estados Unidos está muy bien financiado, las actividades de prevención no lo están. La ley que reformó el sistema de salud creó el Fondo Federal para la Prevención y la Salud Pública, pero tuvo reducido sus créditos iniciales y actualmente recibe sólo tres dólares per cápita. Todavía hay restricciones importantes sobre cómo los fondos pueden ser utilizados especialmente para las medidas políticas, lo que reduce su impacto. Sólo algunas comunidades reciben financiamiento a través de licitación. Así que no es un flujo estable de recursos, aunque sea un primer paso importante. Son muy necesarias uno o más grandes fuentes adicionales de financiación para apoyar las actividades de prevención de enfermedades no transmisibles y ampliar su alcance para llegar a todo el país. Algunos estados han tratado de crear sus “fondos de bienestar”. El programa de mejoramiento de la salud del estado de Minnesota, por ejemplo, está financiado por tasas que inciden sobre los proveedores de salud, y los fondos se distribuyen a cada municipio para intervenciones basadas en la evidencia para prevenir

las enfermedades crónicas. La tributación de impuestos sobre productos poco saludables, como las bebidas azucaradas o el tabaco, podría representar una fuente de financiación alternativa, como en Berkeley, y está siendo propuesta con este fin en varias jurisdicciones. El establecimiento de flujos de financiación adecuados para la prevención es uno de los principales retos del sistema de salud estadounidense. Sin embargo, los enfoques de “salud en todas las políticas”, como las iniciadas en California, pueden ayudar a asegurar que los recursos de otros sectores, como el transporte, se utilicen con el fin de tener un impacto más positivo en la salud.

El segundo principal obstáculo es la capacitación de recursos humanos en los sistemas de salud pública y en organismos asociados, principalmente, la capacidad reguladora. En general, la experiencia y el entrenamiento de la mayor parte de los profesionales de la salud no les capacitan adecuadamente para regular el suministro de alimentos o enfrentarse a los grandes intereses corporativos, tales como de las compañías de tabaco o de la Coca-Cola. La capacidad de regulación de los departamentos de salud, a nivel local o nacional, se limita, incluso para las actividades tradicionales, como la prevención de los brotes de origen alimentario, y es aún más débil para prevenir las enfermedades crónicas derivadas de los riesgos alimentarios. Construir esta capacidad en todos los niveles de gobierno es un segundo desafío. Esta capacidad puede variar de la capacidad de los profesionales del sector de la salud para llevar a cabo la vigilancia sanitaria y epidemiológica de estos factores de riesgo a la capacidad de actuar como vector de cambio. Esto puede requerir la creación de nuevos marcos jurídicos, estructuras institucionales y fuentes de financiación, así como recursos humanos, como hemos visto en los Estados Unidos. Esta necesaria capacidad cubrirá las habilidades para evaluar los riesgos, formular o aplicar medidas y programas de regulación y otras políticas para reducir los efectos nocivos del tabaco, del alcohol y de alimentos poco saludables, además de la capacidad de trabajar de manera efectiva entre los sectores para crear una oferta más saludable de comida, un entorno físico más saludable y reducir las desigualdades en los determinantes sociales.

La tercera barrera es la voluntad política para hacer frente a los intereses económicos que se benefician del statu quo. En el caso de la actividad física, pueden ser desarrolladores de la tierra o vivienda, con sus for-

mas ya establecidas de hacer negocios. En el caso del humo, es la industria del tabaco, que ha sido durante mucho tiempo un adversario persistente y creativo. Hoy en día, la industria de alimentos es cada vez más una fuerza que se opone a las medidas esenciales para prevenir las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. A diferencia de la industria del tabaco, la gente siempre necesita comida, y hay muchas alternativas más saludables que se pueden vender. Sin embargo, la industria de alimentos se opuso a la mayoría de los cambios y está adoptando las mismas tácticas negativas utilizadas en el pasado por la industria del tabaco (Brownell; Warner, 2009). Como en el caso del control del tabaco, la construcción de una conciencia acerca de las cuestiones clave y el fuerte apoyo organizado de la sociedad civil está demostrando ser un ingrediente esencial para el éxito de la política alimentaria en los Estados Unidos y en otros lugares. Las inversiones en investigación, fiscalización, defensa y alianzas relacionadas con el tabaco han sido fundamentales para permitir el progreso en la política antitabaco. No va a ser diferente para reducir los riesgos de suministro de alimentos, de la industria del alcohol y de otros riesgos de enfermedades crónicas que requieren desafiar importantes intereses económicos.

## CONCLUSIÓN

Prevenir las enfermedades no transmisibles de manera exitosa requiere de un esfuerzo coordinado y global para reducir los principales factores de riesgo subyacentes. Es el caso de los Estados Unidos y del resto del mundo. Aunque se ha logrado un gran avance con respecto a la reducción de la enfermedad coronaria, la obesidad y la diabetes son epidemias que siguen creciendo. Del mismo modo, nuestro control de factores clave de riesgo es desigual dentro del país e insuficiente. Sin reducir la desigualdad social, la carga de las enfermedades no transmisibles en los EE.UU. seguirá siendo desigualmente compartida.

Se avanzó mucho en el control del tabaco, pero derrotarlo definitivamente requerirá la plena aplicación de los enfoques existentes, incluido el tenor completo de la Convenio Marco y, potencialmente, una nueva generación de soluciones de "juego final".

La mejor solución para aumentar la actividad física vendrá probablemente de la sinergia con la creación de sistemas de transporte más sostenibles y el diseño de las comunidades en los próximos años con el fin de llevar la actividad de nuevo a la rutina de las personas. Esto requerirá estrategias legales y reglamentarias, así como cambios en la cultura de planificación urbana y de transporte. Sin embargo, promover tiempo para el ocio y actividades en ciertos lugares también será importante para crear nuevas normas sociales en momentos en que muchas profesiones ya no requieren un gran esfuerzo físico.

Los riesgos alimentarios son el principal factor de riesgo conductual, y su impacto en las enfermedades no transmisibles se está extendiendo a nivel mundial con una velocidad extraordinaria. La historia de la evolución de la oferta de alimentos en los Estados Unidos y su impacto en la salud deben servir como una advertencia a los países a los que se exportan estas normas de comercialización de los alimentos. Es prudente actuar de inmediato para preservar el suministro tradicional de alimentos, la promoción de alimentos locales saludables y evitar que refrescos, *junk food* y productos ultra-procesados se tornen omnipresentes. La autoridad legal responsable por la alimentación, tradicionalmente ocupada con la prevención de enfermedades infecciosas, también debe ahora ser llamada para evitar los retos actuales de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, creando sistemas adecuados de seguridad alimentaria para satisfacer las demandas del siglo 21 (Silver; Bassett, 2008). Este esfuerzo avanza lentamente en los Estados Unidos. Marketing, prácticas de producción y venta al por menor, tamaño de las porciones e información a los consumidores deben ser revisados, así como las determinaciones de lo que está permitido poner en el producto, para asegurar un suministro de alimentos que no sólo es saludable, sino también sostenible y que reduzca al mínimo su contribución al cambio climático. Es probable que para lograr el objetivo de asegurar mercados de alimentos saludables, necesitaremos de instrumentos similares al Convenio Marco para el Control del Tabaco. La creación de un Convenio Marco Mundial por una Dieta Saludable es una idea importante en discusión en todo el mundo para dar seguimiento a estos esfuerzos en un mundo cada vez más globalizado (World Obesity & Consumers International, 2014).



## REFERENCIAS

American Lung Association. **State of Tobacco Control 2015**. Disponible en: <http://www.stateoftobaccocontrol.org/federal-grades/report-summary.html>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Beaglehole, R et al. Priority actions for the Non-Communicable Disease Crisis. **The Lancet**, v. 377, n. 9775, p. 1438-1447, 23 abr. 2011.

Benowitz, NL, Henningfield, JE. Establishing a Nicotine Threshold for Addiction: The Implications for Tobacco Regulation. **The New England Journal of Medicine**, v. 331, p. 123-125, 1994.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. **Guía legal sobre etiquetado de alimentos**. 2015. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/etiquetado-de-alimentos>. Acceso en: 08 jun. 2015.

Bottemiller Evich, H, Purdy, C. FTC not surveying junk food marketing to kids. **Político**, Dec. 31, 2014. Disponible en: <http://www.politico.com/story/2014/12/ftc-not-surveying-junk-food-marketing-to-kids-113815.html>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Brownell, KD, Warner, KE. The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar is Big Food? **The Milbank Quarterly**, v. 87, p. 259-294, 2009.

Brownson, RC, Boehmer, TK, Luke, DA. Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? **Annual Review of Public Health**, v. 26, p. 421-443, 2005.

Burney, D et al. **New York City Active Design Guidelines**. New York, 2010.

California Department of Transportation.w **Active Transportation Program - Cycle 1**. 2015. Disponible en: [http://www.dot.ca.gov/hq/LocalPrograms/atp/index\(1\).html](http://www.dot.ca.gov/hq/LocalPrograms/atp/index(1).html). Acceso en: 20 abr. 2015.

California Food Policy Council. **2014 Report on Legislation Related to Food and Farming**. Oakland, CA: Roots of Change, 2014.

California Strategic Growth Council. **Affordable Housing and Sustainable Communities Program Overview**. 2015. Disponible en: [http://www.sgc.ca.gov/s\\_ahscprogram.php](http://www.sgc.ca.gov/s_ahscprogram.php). Acceso en: 20 abr. 2015.

Campaign for Tobacco free Kids. **State Excise and Sales Taxes per Pack of Cigarettes Total Amounts & State Rankings**. Washington, D. C., 2014. Disponible en: <http://www.tobaccofreekids.org/research/factsheets/pdf/0202.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Church, TS et al. Trends over 5 Decades in U.S. Occupation-Related Physical Activity and Their Associations with Obesity. **PLoS ONE**, v. 6, n. 5, p. e19657, 2011. doi:10.1371/journal.pone.0019657.

City of Berkeley. Imposing a general Tax on the Distribution of Sugar Sweetened Beverage Products. Berkeley, CA: 2014. Disponible en: <http://www.cityofberkeley.info/uploadedFiles/Clerk/Elections/Sugar%20Sweetened%20Beverage%20Tax%20-%20Full%20Text.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Conroy, SM et al. **Burden of Diabetes in California**. Sacramento, California: Chronic Disease Control Branch, California Department of Public Health, 2014.

Dobbs, R et al. **Overcoming Obesity**: An initial economic analysis. McKinsey Global Institute, 2014.

Food and Drug Administration. **Food Labeling**: Nutrition Labeling of Standard Menu Items in Restaurants and Similar Retail Food Establishments. Federal Register 79 FR 71155. Dec. 1, 2014a.

Food and Drug Administration. **Food Labeling**: Revision of the Nutrition and Supplement Facts Labels Proposed Rule. Federal Register 79 FR 11879. Mar. 3, 2014b.

Food and Drug Administration. **Cigarette Health Warnings**. Washington, D. C.: FDA, 2015. Disponible en: <http://www.fda.gov/tobaccoproducts/labeling/labeling/cigarettewarninglabels/default.htm>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Ford, ES et al. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980-2000. **The New England Journal of Medicine**, v. 356, p. 2388-2398, 2007.

Ford, ES et al. Challenges of Ascertaining National Trends in the Incidence of Coronary Heart Disease in the United States. **Journal of the American Heart Association: Cardiovascular and Cerebrovascular Disease**, v. 3, n. 6, p. e001097, 2014.

Gallup. **Healthways Well-Being Index**. Disponible en: <http://obamacarefacts.com/2015/04/13/us-uninsured-rate-drops-11-9-in-first-quarter-2015/>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Hyland, A, Barnoya, JE, Corral, JE. Smoke-free air policies: past, present and future. **Tobacco Control**, v. 21, p. 154-161, 2012.

Institute for Health Metrics. **Global Burden of Disease Cause Patterns United States 2010**. 2013. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Lederer, A et al. Toward a Healthier City: Nutrition Standards for New York City Government. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 46, n. 4, p. 423-428, 2014.

National Center for Health Statistics. **Health, United States, 2011:** With Special Feature on Socioeconomic Status and Health. Hyattsville, MD, 2012.

New York City Board of Health. **Notice of Adoption of an Amendment (§81.53) to Article 81 of the New York City Health Code.** Sep. 13, 2012. Disponible en: <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/notice/2012/notice-adoption-amend-article81.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2015.

New York City. **#ONENYc.** New York City, 2015. Disponible en: <http://www1.nyc.gov/html/onenyc/index.html>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Nonas, C et al. Rationale for New York City's Regulations on Nutrition, Physical Activity, and Screen Time in Early Child Care Centers. **Preventing Chronic Disease**, v. 11, p. 130435, 2014.

Pan American Health Organization. **Noncommunicable Disease Risk Factors in the Americas:** Considerations on Strengthening of Regulatory Capacity. Technical Reference Document. Washington, D.C., 2015 (*in press*).

Saez, E. Striking It Richer: **The Evolution of Top Incomes in the United States.** Pathways Magazine, Stanford Center for the Study of Poverty and Inequality, Winter 2008, p. 6-7. Disponible en: <http://eml.berkeley.edu/~saez/saez-UStopincomes-2012.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Safe Routes to School National Partnership. **What is Safe Routes to School?** 2015. Disponible en: <http://saferoutespartnership.org/about/history/what-is-safe-routes-to-school>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Sekhobo, JP et al. Neighborhood Disparities in Prevalence of Childhood Obesity Among Low-Income Children Before and After Implementation of New York City Child Care Regulations. **Preventing Chronic Disease**, v. 11, p. 140152, 2014.

Shenkin, JD, Jacobson, MF. Using the Food Stamp Program and Other Methods to Promote Healthy Diets for Low-Income Consumers. **American Journal of Public Health**, v. 100, n. 9, p. 1562-1564, 2010.

Silver, LD, Bassett, MT. T. Food Safety for the 21<sup>st</sup> Century. **Journal of the American Medical Association**, v. 300, n. 8, p. 957-959, 2008.

STATISTA. **Per capita consumption of soft drinks in the United States from 2000 to 2013 (in gallons).** Disponible en: <http://www.statista.com/statistics/306836/us-per-capita-consumption-of-soft-drinks/>. Acceso en: 20 abr. 2015.

U.S. Department of Health and Human Services. **The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.** Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and

Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

U.S. Department of Health and Human Services. **Healthy People 2020 Objective Data Search**. Washington, D.C., 2015a. Disponible en: <http://www.healthypeople.gov/2020/data-search/Search-the-Data?nid=3949>. Acceso en: 20 abr. 2015.

U.S. Department of Health and Human Services. **Healthy People 2020 leading Health Indicators, Injury and Violence**. Washington, D.C., 2015b. Disponible en: [http://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2020\\_LHI\\_Injury\\_Viol.pdf](http://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2020_LHI_Injury_Viol.pdf). Acceso en: 20 abr. 2015.

U.S. Government. **Healthy Hunger Free Kids Act of 2010**. 111<sup>th</sup> Congress Public Law 296. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 2010.

U.S. Departments of Agriculture and of Health and Human Services. **Scientific Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee**. Advisory Report to the Secretary of Health and Human Services and the Secretary of Agriculture. Washington, D. C., 2015.

USDA Food and Nutrition Service. **Child and Adult Care Food Program: Meal Pattern Revisions Related to the Healthy, Hunger-Free Kids Act of 2010 Proposed Rule**. Federal Register 80 FR 2037. Jan. 15, 2015.

Vance, C. **Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano**. Acuerdo No. 00004522 de 15 de noviembre de 2013. Ediciones Legales Fiel Web 13.0. 2013. Disponible en: [http://issuu.com/henrycoello/docs/reglamento\\_sanitario\\_de\\_etiquetado\\_#embed](http://issuu.com/henrycoello/docs/reglamento_sanitario_de_etiquetado_#embed). Acceso en: 20 abr. 2015.

Walmart. **2015 Corporate Responsibility Report**. 2015. Disponible en: <http://cdn.corporate.walmart.com/c0/24/2383f0674d27823dcf7083e6fbc6/2015-global-responsibility-report.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2015.

World Cancer Research Fund International. **Improve food supply**. 2014. Disponible en: <http://wcrf.org/int/policy/nourishing-framework/improve-food-supply>. Acceso en: 20 abr. 2015.

World Obesity & Consumers International. **Recommendations towards a global convention to protect and promote healthy diets**. Consumers International. London, 2014. Disponible en: <http://www.consumersinternational.org/media/1475072/recommendations-for-a-convention-on-healthy-diets-low-res-for-web.pdf>. Acceso en: 20 abr. 2015.

Young, LR, Nestle, M. The contribution of expanding portion sizes to the US obesity epidemic. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 2, p. 246-249, 2002.