

Prevención de la Obesidad: Un Análisis Económico de la *Ley Argentina de Trastornos Alimentarios*.

21ª Conferencia Anual de la Asociación Latinoamericana e Ibérica de Derecho y Economía (ALACDE)
Universidad del Pacífico, Lima, Perú.

Andrea Castellano^{1,2}

Karina Temporelli^{1,2}

María Celeste Chaz Sardi^{1,2}

Resumen:

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en un problema de salud pública a nivel mundial. Las acciones gubernamentales para abordar este problema incluyen un amplio espectro de instrumentos que van desde campañas de información hasta el diseño de normas jurídicas específicas. Este trabajo presenta algunas consideraciones desde una perspectiva económica sobre la Ley de Trastornos Alimentarios de Argentina. Analiza la eficiencia del diseño normativo con relación al comportamiento que conduce –y sustenta– a este tipo de trastornos alimentarios. Dada la complejidad que presenta el tratamiento de estos problemas médicos, se propone el uso de *nudges* como complemento a la regulación actual a partir de la consideración del modelo de comportamiento postulado por la economía conductual.

Palabras claves: Obesidad, Regulación, *Nudges*.

Introducción

La obesidad es un problema médico complejo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha convertido en epidemia mundial. Esta condición, que se produce por la disminución en el gasto

¹ Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur (UNS), Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

² Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (IIESS), Universidad Nacional del Sur-CONICET, Bahía Blanca, Argentina.

energético o aumento en el consumo calórico de los individuos, genera problemas no sólo físicos sino también psicológicos que desencadenan una serie de enfermedades que disminuyen la cantidad y calidad vida incrementando la demanda de asistencia sanitaria (Temporelli & Mussini, 2012).

Las políticas públicas para abordar este problema incluyen un amplio espectro de instrumentos que van desde campañas de información hasta el diseño de normas jurídicas específicas. Este trabajo presenta algunas consideraciones desde una perspectiva económica sobre la Ley de Trastornos Alimentarios de Argentina. Analiza la eficiencia del diseño normativo con relación al comportamiento que conduce –y sustenta– a este tipo de trastornos alimentarios.

A partir de la consideración del modelo de comportamiento postulado por la economía conductual, este trabajo pretende exponer la necesidad de considerar los efectos de estos fenómenos en el diseño de instrumentos de regulación. En este contexto el uso de *nudges* (Thaler & Sunstein, 2008) se vislumbra como una alternativa sumamente relevante. Su incorporación como complemento de la regulación vigente podría contribuir al objetivo de eficiencia.

El trabajo se organiza en ocho secciones. En la primera se caracteriza el complejo problema que implica el crecimiento de la obesidad en las sociedades modernas. En la sección siguiente se cuantifica la importancia de dicho fenómeno en la Argentina. En la tercera se analiza el tratamiento económico de las causas de esta enfermedad, tanto a nivel global como desde el punto de vista de la toma de decisiones individual. Luego se aborda la existencia de fallas de comportamiento en el proceso de toma de decisiones a nivel individual que da fundamento (conjuntamente con la existencia de fallas de mercado) a la intervención gubernamental. En la quinta sección se analizan distintos mecanismos institucionales utilizados en la regulación con el fin de corregir dichas ineficiencias. En la sección siguiente se exponen las posibilidades que brinda el uso de estrategias a través de intervenciones que alteran el contexto decisorio, tipo *nudges*. Los instrumentos regulatorios vigentes en Argentina (particularmente la Ley de Trastornos Alimentarios) son examinados en la séptima sección. Por último se presentan las reflexiones finales.

1. La obesidad como problema de salud.

Los países de América Latina en general y Argentina en particular enfrentan cambios en las condiciones de salud de sus habitantes. Existe un incremento sostenido en la prevalencia de enfermedades crónicas y un descenso en las infecciosas.

La disminución en las tasas de mortalidad y de fecundidad se traduce en incrementos de la esperanza de vida al nacer, iniciando el desarrollo de un proceso gradual de envejecimiento de la población y de cambios en su perfil epidemiológico (Bernabeu & Gonzáles, 2000; Robles, Bernabeu & Benavides, 1996; Frenk, et al., 1991; Omran, 1971).

Estos cambios han generado una “*transición sanitaria*”³, término que reconoce la importancia de los factores sociales y de comportamiento en el estado de salud de las poblaciones (Viego & Temporelli, 2015; Robles, Bernabeu & Benavides, 1996; Caldwell, et al., 1990; Lerner, 1973;)

Los nuevos riesgos en salud asociados con los procesos de industrialización y urbanización, se originan en elecciones individuales que llevan a adoptar nuevos estilos de vida no siempre saludables. Por un lado se manifiesta un incremento en el consumo de alcohol, tabaco y alimentos con bajo contenido nutricional y gran aporte calórico mientras que por el otro se incrementan las actividades sedentarias tanto en el ambiente laboral como recreacional (Santos-Preciado, 2003; Robles, Bernabeu & Benavides, 1996).

Dentro de los problemas de salud emergentes en este nuevo paradigma, la obesidad y el sobrepeso sobresalen del resto tanto por un aumento sostenido en su prevalencia como por constituir un factor de riesgo de otras enfermedades no transmisibles como las cardiovasculares, diabetes mellitus tipo I y II, hipertensión arterial, síndromes de hipoventilación y apnea obstructiva del sueño, enfermedad hepática por infiltración grasa del hígado, colelitiasis, osteoartrosis, epifisiolisis, dislipidemia y algunos tipos de cáncer (Flegal, Graubard & Williamson, 2005; Mokdad, et al. 2004; Sturm, 2002).

Entre los causantes históricos que se señalan como determinantes del incremento de la obesidad a través de la constitución de un *entorno obesogénico*⁴ se señalan como relevantes:

- La disminución de los precios de los alimentos industrializados (con mayor aporte calórico) y el aumento del precio de frutas y verduras.
- La inserción de las mujeres en el mercado laboral que disminuye el tiempo destinado a la elaboración de alimentos.
- El incremento de las actividades sedentarias como mirar televisión, utilizar computadoras, videojuegos y otros dispositivos electrónicos.

³ La transición de riesgos de salud se produce por la disminución de la prevalencia de enfermedades transmisibles donde la causa se centra en la existencia de un microorganismo responsable de producir enfermedad conjuntamente con un aumento en la prevalencia de enfermedades no transmisibles donde adquieren relevancia los estilos de vida como determinantes de la salud.

⁴ Entorno que fomenta la ingesta calórica elevada y el sedentarismo. Se tienen en cuenta los alimentos disponibles, asequibles, accesibles y promocionados; las oportunidades para practicar una actividad física; y las normas sociales en relación con la alimentación y la actividad física (Swinburn, Egger & Raza, 1999).

- El aumento del consumo de comidas elaboradas fuera del hogar.
- El incremento del número de restaurantes de comidas rápidas conjuntamente con el aumento en el tamaño de las porciones que se ofrecen.
- El gran número de publicidades tendientes a incrementar el consumo de alimentos ricos en azúcar y grasa, especialmente dirigidas al segmento infantil.
- La inseguridad en los entornos urbanos que disminuye los incentivos para realizar actividades de esparcimiento en espacios públicos al aire libre.
- El aumento de la utilización de transporte motorizado por el incremento del tamaño de las ciudades que limita la posibilidad de caminar hacia los lugares de trabajo, estudio y esparcimiento.

A nivel mundial, en el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 años o más tenían sobrepeso, de los cuales, más de 600 millones eran obesos. Es decir que alrededor del 13% de la población adulta mundial era obesa, habiendo diferencias entre hombres (11%) y mujeres (15%). Por otro lado, el 39% de la población adulta presentaba sobrepeso. Más allá de la cantidad de individuos que padecen estas patologías, el informe de la OMS manifiesta que entre 1980 y 2014 la prevalencia mundial de obesidad se ha duplicado y esta tendencia no parece revertirse (OMS, 2016).

También es preocupante el número de lactantes y niños entre 0 y 5 años que padecen exceso de peso, que alcanzó los 42 millones en el año 2013. Se estima que de no revertirse esta tendencia en el 2025 habrá 70 millones de niños obesos con todo lo que esto implica para la salud presente y futura (OMS, 2017).

Los niños que desarrollan obesidad a edad temprana pueden padecer problemas psicológicos, anormalidades ortopédicas, enfermedades del hígado e incrementan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, asma y diabetes tipo I y II. La evidencia muestra también que existe mayor prevalencia de obesidad en los adultos que tuvieron algún grado de sobrepeso u obesidad en la niñez (Achor, et al., 2007).

2. Prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en Argentina.

Al igual que el resto de los países de ingresos medios, en Argentina se evidencia una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad conjuntamente con una mayor incidencia de enfermedades crónicas.

Para analizar la situación de los niños, el Ministerio de Salud de la Nación Argentina realizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) a

través de la cual se evaluó el estado nutricional de niños y niñas entre 6 y 72 meses. Siguiendo los criterios de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta encuesta muestra que el porcentaje de niños obesos alcanzaba el 10,4%. Además se evidencia una importante variación interprovincial de la prevalencia que fluctúa entre el 4,7% y el 13,3% (ENNyS, 2006).

Para el análisis de la población adolescente se cuenta con la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) 2012. La misma muestra una prevalencia de sobrepeso en estudiantes de 13 a 15 años de 22,7% mientras que la prevalencia de obesidad fue de 5,9%. Tanto el exceso de peso como la obesidad fueron mayores en varones (35,9% y 8,3% respectivamente) que en mujeres (21,8% y 3,6% respectivamente).

En el caso de la población adulta el panorama no es más alentador. A través de los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) en la cual se analiza el Índice de Masa Corporal (IMC) podemos concluir que en el año 2013 el 57,8% de la población tenía exceso de peso. Una vez más, no sólo es preocupante la prevalencia sino también el crecimiento que la misma evidencia (Véase Tabla 1).

Tabla 1: Prevalencia de sobrepeso y obesidad, 2005-2009-2013.

	Sobrepeso		Obesidad	
	<i>%</i>	<i>Individuos</i>	<i>%</i>	<i>Individuos</i>
2005	31.6	7.200.000	14.6	3.082.236
2009	33.6	8.200.000	18.0	4.100.000
2013	37.11	8953535	20.69	4992897

Fuente: elaboración propia en base a la EENFR.

Los datos aquí presentados permiten afirmar que en todos los niveles etarios analizados la obesidad y el sobrepeso constituyen un problema relevante y creciente en Argentina. Esto requiere intervenciones oportunas tendientes a atenuar su prevalencia y los efectos que genera sobre la salud.

3. El análisis económico de las causas de la obesidad.

La teoría económica ha utilizado varios enfoques para analizar el fenómeno de la obesidad. Uno de ellos, el de mayor desarrollo, apunta a aplicar el análisis teórico tradicional en el que los individuos eligen libremente qué comer y el tiempo que dedican al ejercicio, dadas sus preferencias, su renta y los precios relativos (Temporelli & Monterubbianesi, 2016; Philipson & Posner, 2003; Lakdawalla & Philipson, 2002; Cawley, 1999). En esta línea pueden identificarse tres grupos de trabajos. El primero considera que, en el

origen de la obesidad, existe un problema de adicción⁵; el segundo analiza cómo los precios relativos de los alimentos saludables y los no saludables contribuyen a la propagación de la enfermedad; el tercero se centra en el aumento de peso atribuible al cambio tecnológico a través de la promoción de actividades más sedentarias.

Las teorías tradicionales del cambio de comportamiento suponen que los agentes son racionales y conscientes en sus comportamientos dietéticos (Prochaska & Di Clemente, 1994; Ajzen, 1985; Rosenstock, 1974). Sin embargo, la evidencia ha mostrado que las elecciones alimentarias son generalmente habituales y ocurren sin esfuerzo consciente por parte del sujeto (Neal & Wood, 2007; Neal, Wood & Quinn, 2006; Kahneman, 2003). Si bien se reconoce que los hábitos pueden ser difíciles de cambiar, también se sabe que están fuertemente influenciados por señales en el entorno que a menudo se procesan de manera inconsciente. En consecuencia, la modificación del contexto en el que se desarrolla la elección puede servir para cambiar el comportamiento alimentario de las personas obesas (Marteau, Hollands, & Fletcher, 2012; Story, et. al, 2008; King, et. al 2004). En esta línea transcurren algunas de las reflexiones de este trabajo y en la que cobra relevancia el uso de *nudges* para lograr cambios en el ambiente decisorio.

4. Fallas de mercado y fallas de comportamiento.

Desde una perspectiva económica se debe advertir la presencia de *fallas de mercado* vinculadas a esta problemática (Mussini & Temporelli, 2013; Temporelli & Mussini, 2012). Se han identificado situaciones ineficientes tanto por la existencia de problemas de información como por la presencia de externalidades.

Los problemas de información se manifiestan en diferentes maneras. Por un lado, en la dificultad de las personas para conocer las características del bien que se está consumiendo, con el consecuente sesgo hacia la elección de productos de menor calidad (*selección adversa*). Por otro, en el mercado de seguros de salud, se evidencian problemas de *moral hazard* asociados a la falta de incentivos a adoptar conductas preventivas y una tendencia a demandar tratamientos costosos que requieren menor esfuerzo por parte del paciente.

Por otro lado, en los sistemas solidarios de salud, se generan externalidades debido al incremento de costos que implica el tratamiento de la

⁵ En este caso los trabajos centran su análisis en los *comportamientos adictivos "racionales"* hacia los alimentos en general o hacia algún componente de los mismos, utilizando herramientas similares a las aplicadas para el estudio del consumo de cigarrillos o alcohol.

obesidad y las enfermedades asociadas. Algunos trabajos señalan que también se presentan externalidades debido a que existe la posibilidad de “contagio” de la obesidad que, bajo ciertas condiciones, puede hacer más frecuente esta patología. La existencia de fallas de mercado, y las asignaciones ineficientes que éstas generan desde una perspectiva social, justifican la necesidad de algún tipo de intervención o regulación del funcionamiento de los mercados vinculados con dicha problemática. Cabe mencionar que en este trabajo no nos focalizaremos en los problemas de regulación asociados a las fallas de mercado tradicionales.

En los últimos cincuenta años las investigaciones provenientes de las corrientes conductuales han dejado en evidencia que las fallas de mercado no son las únicas causantes de asignaciones ineficientes. Hoy en día se reconoce que los individuos no siempre actúan de la forma que predicen los modelos ideales de comportamiento y, en consecuencia, sus elecciones pueden resultar sesgadas. Como resultado, se observa que en algunos contextos los mercados pueden fallar –en el sentido de que no pueden promover el bienestar social– incluso en situaciones de competencia perfecta e información completa. En estos casos se habla de *fallas de comportamiento (behavioural market failures)* y se postula que su presencia también justificaría algún tipo de intervención (Sunstein, 2013).⁶

En tal sentido, y a modo de ejemplo, si las personas centran su atención en los costos a corto plazo y descuidan los beneficios a largo plazo, es posible que se justifique la implementación de políticas de divulgación que hagan hincapié específicamente en los efectos a largo plazo. En la misma línea también es posible identificar “*internalidades*”: problemas de autocontrol y errores en la formación de juicios o en la valoración de las alternativas que producen daños sobre la propia persona. En dichos casos, es la presencia de fallas en el comportamiento de los agentes la que motiva la intervención a fin de corregir la situación, y no la presencia de una falla de mercado en el sentido tradicional del término.

Las fallas de comportamiento son producto de la existencia de errores en el proceso de toma de decisiones a nivel individual. Estos errores pueden deberse a diversos fenómenos. Sunstein (2013) ha agrupado a aquellos que guardan especial relevancia en materia de regulación en cuatro grandes categorías, según se vinculen con (1) los efectos de la inercia y la dilación (“*inertia and procrastination*”); (2) el encuadre y la presentación (“*framing and presentation*”); (3) las influencias sociales (“*social influences*”); o (4) las

⁶ Los argumentos a favor del llamado “paternalismo libertario” (*libertarian paternalism*) pueden encontrarse en el trabajo de Thaler & Sunstein (2008). Dicho enfoque preserva la libertad de elección al tiempo que pretende orientar la conducta de las personas de modo que dichas elecciones hagan que su vida sea mejor.

dificultades en la evaluación de la probabilidad (“*difficulties in assessing probability*”).

En la primera categoría se agrupan los fenómenos que se vinculan con el mantenimiento de la situación inicial (o *statu quo*). En tal sentido las opciones por *default* (que determinan un resultado por defecto si las personas no seleccionan una alternativa en particular) y los mecanismos de suscripción automática tienen grandes efectos sobre la determinación de los resultados debido a la falta de incentivos que presentan las personas a emprender acciones para apartarse de la situación inicial. La inclinación a postergar actividades o decisiones que impliquen pequeños costos a corto plazo que podrían traducirse en grandes beneficios a largo plazo es otro de los factores que tiende a perpetuar la situación inicial. Ejemplo de esto es postergar el inicio de una dieta hipocalórica o la realización de ejercicio físico. Cuando se informa acerca de los beneficios o riesgos de realizar ciertas acciones, es mucho más probable que los agentes actúen de acuerdo con esa información si se les proporciona simultáneamente información clara y explícita sobre cómo hacerlo. De esta forma, la presentación de un plan de acción claro, preciso, y sin ambigüedades puede tener efecto generando incentivos para moverse de la situación inicial. Por ejemplo brindar información clara y precisa, sobre las ventajas específicas de consumir leche con un 1% de tenor graso, en contraposición al consumo de leche entera, genera mayores efectos sobre el comportamiento de las personas que si se informa de forma abstracta acerca del valor que tiene llevar una “*alimentación saludable*”.

En segundo lugar, se ha recabado mucha evidencia que confirma que la forma de presentar la información tiene efectos sobre los resultados de las elecciones (problema de *framing* o marco). Un producto que está etiquetado como “*90% libre de grasa*” puede resultar más atractivo para el consumidor que uno que indique que contiene “*10% de grasa*”. Además, la información que es vívida, destacada, o prominente tiene un impacto mayor sobre la conducta de los agentes en comparación con aquella otra que es estadística y abstracta, ya que logra captar rápidamente la atención de la persona. Un ejemplo de esto es la utilización de colores en las etiquetas, que señalicen aquellos productos más saludables.

Una tercera categoría reúne aquellos casos en los que se ha encontrado que el comportamiento observado en los otros influye en el comportamiento individual. Este fenómeno que se denomina efecto contagio, y muestra como en muchas decisiones vinculadas con la obesidad, como la elección del nivel de ejercicio físico adecuado y el contenido de una dieta saludable, el comportamiento individual puede estar muy influido por el comportamiento

percibido en otras personas.⁷ Por otra parte, se sabe que la preocupación por la reputación puede desempeñar un papel importante desincentivando conductas desaprobadas por los pares, y que las influencias sociales contribuyen a que los agentes sean más propensos a cooperar entre ellos y a aportar a la solución de problemas colectivos, en comparación a lo que predice la teoría económica tradicional.

En último lugar, la evidencia experimental ha mostrado que las personas tienen inconvenientes para evaluar probabilidades. Se ha observado que en decisiones que implican alternativas con riesgo las personas suelen recurrir al uso de heurísticas (atajos mentales) para simplificar la tarea. Es habitual, por ejemplo, que se realicen estimaciones acerca de la probabilidad de un riesgo en función de la disponibilidad –o no– del mismo, pudiendo así subestimarlos o sobreestimarlos, dependiendo de cuán despacio o rápido vengan a la mente casos similares. Asimismo es común que las personas no realicen sus juicios con base en el valor esperado, e incluso, cuando entran en juego emociones muy intensas, se ha observado que los sujetos prestan más atención al resultado que a su probabilidad de ocurrencia. Además, en algunos escenarios las personas suelen ser optimistas y pensar que son menos propensos que el resto de las personas a enfrentar una situación adversa y, como resultado, no toman las precauciones adecuadas. Los obesos suelen no reconocer que asumen un mayor riesgo de padecer algunas enfermedades.

5. Regulación de la Obesidad.

Como se señaló, existe amplio consenso⁸ en que los factores más importantes que promueven el aumento de peso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles vinculadas, son (a) el consumo elevado de productos de bajo valor nutricional y contenido alto de azúcar, grasa y sal (denominados productos de alto contenido calórico y bajo valor nutricional), (b) la ingesta habitual de bebidas azucaradas y (c) la actividad física insuficiente.

⁷ Según un estudio realizado por investigadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard, en Estados Unidos, tanto la obesidad como la delgadez son contagiosas. La investigación se realizó en 12.067 adultos y tuvo una duración de 32 años (Christakis & Fowler, 2007). Con base en los datos obtenidos, el equipo de investigadores llegó a la conclusión de que la obesidad es una “*enfermedad contagiosa*” que se transmite no por elementos patógenos, sino a través de los vínculos sociales, familiares, de amistad, compañía o vecindad, de quien la padece. Además, el estudio indica que cuando una persona sube considerablemente de peso, está aumentando también la posibilidad de que sus amigos, hermanos o parejas engorden.

⁸ Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia, OPS, Washington, D.C., USA, 2014.

Se han generado diferentes mecanismos institucionales para abordar el problema que van desde campañas de información, programas más completos hasta normas jurídicas específicas.

La regulación de la obesidad incluye un amplio espectro de instrumentos que en forma directa o indirecta intentan contribuir a mejorar la salud pública. Mayoritariamente, y debido al consenso existente sobre los determinantes de la obesidad, éstos se centran en la alimentación saludable o en la promoción de la actividad física⁹.

Como en cualquier intervención regulatoria, los instrumentos pueden ser tipo *command-and-control* (o de regulación directa) o tipo *market-based-incentives*, que generan incentivos a modificar conductas (individuales o en el comportamiento colectivo).¹⁰ Por otro lado, las políticas se pueden orientar a regular la oferta o la demanda (de alimentos o de actividad física).

Con relación a la *alimentación*, el enfoque más difundido se ha centrado en *modificar la demanda* a través de la provisión de información al consumidor. Entre estos instrumentos se pueden mencionar el desarrollo y comunicación de guías alimentarias, el etiquetado de alimentos, la promoción de prácticas dietéticas saludables, la provisión de información nutricional, la regulación del marketing y la publicidad de alimentos, las declaraciones de propiedades saludables, etc.

Otras políticas, implementadas de manera más fragmentada, apuntan a *modificar la oferta*. Aquí se pueden incluir la reformulación de la composición de productos alimenticios, el establecimiento de estándares de alimentación y nutrición en las escuelas, la imposición de restricciones a la comercialización de algunos alimentos para niños o aún prohibiciones (por ejemplo, la venta de bebidas con altas calorías en las escuelas), estrategias para reducir el tamaño de las porciones, establecimiento de requisitos para mejorar la calidad, la diversidad o la disponibilidad de los alimentos, aumentar la oferta de opciones alimentarias más saludables, modificar la "*arquitectura de elección*" en los establecimientos minoristas para favorecer las opciones saludables (por ejemplo, posicionar los alimentos saludables en la línea de cajas en lugar de opciones no saludables), etc.

También se han adoptado en algunos casos políticas fiscales orientadas a *la oferta y la demanda* simultáneamente, a través del empleo de impuestos o subsidios aplicados a alimentos para modificar los precios relativos.

⁹ En la literatura se identifican diferentes dimensiones respecto de las cuales se pueden organizar o clasificar las políticas en esta materia. Una perspectiva interesante es la propuesta por Jewell, Hawkes & Allen (2013).

¹⁰ Esta clasificación tradicional de los instrumentos, en principio limita, la ubicación de los *nudges* en alguna de esas categorías.

Por otra parte se identifican políticas tendientes a promover la *actividad física*, buscando incrementar tanto la demanda como la oferta. Se pueden señalar la difusión de las ventajas de su realización particularmente en escuelas y lugares de trabajo, la creación de espacios públicos que contribuyan a generar estilos de vida más saludables a través de la construcción de sendas para caminar, bici-sendas, etc.

Resulta evidente que el problema a resolver es sumamente complejo. Si se reconoce que los agentes enfrentan racionalidad acotada surgen interrogantes relevantes respecto de qué instrumentos son los más adecuados. Por un lado, cabe analizar la efectividad que tienen los instrumentos basados en incentivos (brindar información, modificar precios relativos). Por otro, corresponde evaluar si los instrumentos tipo *command-and-control* podrían ser más efectivos en algunos casos. Por último, se debería prestar atención a las fallas cognitivas y considerar la conveniencia de diseñar otros instrumentos tipo *nudge* que modifiquen conductas, de forma de encauzar o guiar las elecciones de los agentes para aumentar su bienestar.

6. *Nudging* conductas saludables.

Como se expuso en secciones previas, en lo que respecta a la teoría de la decisión, la evidencia experimental ha demostrado que la conducta de los agentes puede apartarse del modelo de comportamiento racional propuesto por el paradigma tradicional. Desde áreas más modernas, como la economía conductual, la psicología cognitiva y las neurociencias, se sostiene que en muchos casos los individuos pueden tomar malas decisiones, seleccionar alternativas que no elegirían en caso de: ser plenamente conscientes de sus elecciones, contar con información completa, poseer racionalidad ilimitada y tener completo autocontrol sobre sus emociones y/o su comportamiento.

Si se acepta que los agentes presentan limitaciones cognitivas y que, en consecuencia, el resultado de una elección no resulta independiente del contexto en el que se realiza, entonces toma relevancia la idea de "*arquitectura de la decisión*". Esta noción se basa en sostener que si el resultado de una elección es función del entorno y si ese entorno puede manipularse, entonces se puede predecir que cierta "arquitectura" promoverá unos resultados y no otros. Bajo esta concepción el hacedor de política, el legislador, el regulador, o cualquier otro agente con facultad de alterar el contexto decisorio puede, en cierto modo, dirigir las acciones y encausar los resultados.

En este esquema Thaler y Sunstein (2008) introducen el concepto de *nudge* del siguiente modo:

“...un nudge, en el sentido en que usaremos el término, es cualquier aspecto de la arquitectura de la decisión que altera el comportamiento de la gente de un modo predecible, sin prohibir ninguna opción ni modificar significativamente sus incentivos económicos. Para contar como un mero nudge, la intervención debe ser sencilla y debe poder evitarse de un modo poco costoso. Los nudges no son mandatos. Poner frutas al nivel de los ojos cuenta como un nudge. Prohibir la comida basura, no...”

Esta idea de *nudge*, tal y como señala Acciarri (2017), es más bien un *tipo ideal*. Las intervenciones del mundo real que usualmente se consideran *nudge*, contienen algunas características del tipo ideal pero no necesariamente se adaptan a todas ellas.

En los últimos años se ha evidenciado un sinnúmero de intervenciones en materia alimentaria, con el objetivo de influir en comportamientos habituales alterando la forma en la que se presentan las opciones a los consumidores. Blumenthal-Barby & Burroughs (2012) han identificado distintas formas en las que se han usado los principios descubiertos por las corrientes conductuales para introducir nudges en el ámbito de la salud en general. Teniendo en cuenta el tipo de estrategia utilizada, los autores distinguen las siguientes categorías:

Priming nudges. Considerando que el comportamiento es influenciado por señales subconscientes del entorno, se realizan cambios en señales físicas, verbales o sensoriales, con el fin de empujar al sujeto hacia una elección particular.

Salience and affect nudges. Asumiendo que la gente es influenciada por ejemplos y explicaciones nuevos, personalmente relevantes, o vívidos, se trata de aumentar la atención a través del uso del lenguaje, las imágenes o videos, para realzar alguna alternativa, característica o pieza de información con el objetivo de modificar la elección. Las cosas se vuelven más relevantes debido a las reacciones emocionales que se generan en respuesta al nudge.

Default nudges. Se predefinen opciones, sabiendo que los agentes tienden a elegir la alternativa establecida por defecto porque esto simplifica la tarea de tomar decisiones.

Incentive nudges. Se utilizan incentivos para influir en la motivación del agente, reforzar una elección positiva o castigar una elección negativa. Teniendo en consideración que las personas son más sensibles a evitar pérdidas que a obtener ganancias de igual magnitud, estos *nudges* resultan más efectivos si están enmarcados en términos de las primeras.

Commitments & ego nudges. Se incita a que las personas hagan un compromiso o una promesa pública, ya que el deseo de sentirse bien consigo

mismos los empuja a tomar decisiones consistentes con su compromiso o promesa. El ego y el deseo de ser percibidos por los otros como personas consistentes y con voluntad juegan un rol importante en estas estrategias de compromiso.

Norms & messenger nudges. Las personas se ven influenciadas por lo que hacen los demás y por quién les comunica la información. Por esto se utiliza la comparación con otras personas para establecer un estándar o norma y se recurre a personalidades reconocidas para transmitir información.

El trabajo de Wilson et al (2016), aporta evidencia acerca de la eficacia que tienen estos distintos tipos de *nudges* para empujar a los consumidores a seleccionar opciones más saludables en relación a la alimentación. Los autores presentan una revisión bibliográfica sistemática de la literatura analizando 26 estudios empíricos encontrados en 13 artículos científicos publicados entre 2010 y 2014 donde se han realizado intervenciones en la arquitectura de las decisiones modificando las opciones en alimentos y bebidas para adultos. Los trabajos analizados reportan los resultados del uso de *priming nudges*, *saliency nudges* y de la combinación de ambos, en diferentes poblaciones de adultos y en distintos escenarios, incluyendo laboratorios, comedores, restaurantes y cafeterías.¹¹ Como resultado Wilson et al (2016) concluyen que la combinación de estos *nudges* tiene una influencia positiva sobre la conducta de los sujetos inclinándolos hacia la elección de alimentos y bebidas más saludables. A continuación se presentan algunos de los resultados encontrados en relación al consumo de alimentos y bebidas.

Dentro de los *priming nudges* se encuentran aquellas intervenciones que alteran la visibilidad, disponibilidad (variedades) y/o accesibilidad de alimentos y bebidas en el ambiente. En este caso se ha visto un cambio hacia la selección de alimentos más saludables al modificar la ubicación de los mismos en las líneas de un buffet (ubicando los alimentos más saludables al comienzo) y se ha encontrado que los ítems listados al inicio y al final del menú en un restaurant son comprados con mayor frecuencia que los que se presentan en el medio. También se ha visto que el cambio en los utensilios utilizados para servirse uno mismo en una isla de ensaladas (de cucharas a pinzas) puede reducir el tamaño de las porciones (al hacer más difícil la recolección de una gran cantidad de los ingredientes). Además, el aumento en la proporción de bocadillos saludables disponibles en el mostrador de un comedor de hospital ha logrado aumentar la probabilidad de adquirirlos. Por otra parte, ubicar las bebidas y alimentos saludables al nivel de los ojos y los menos saludables por

¹¹ Cabe mencionar que Wilson et al (2016) reportan que sólo dos de las intervenciones por ellos analizadas brindan un nivel alto de evidencia de acuerdo con los niveles de evidencia de NHMRC, y la mayoría de los artículos recabados recibieron calificaciones de calidad promedio o pobre según las Directrices Intercolegiales de Escocia (*Scottish Intercollegiate Guidelines*).

debajo ha logrado disminuir las compras de estos últimos y aumentar las de los primeros (la magnitud del efecto fue mayor en la reducción del consumo de los productos menos saludables y, en especial, en el caso de las bebidas).

En el caso de los *salience nudges* se busca modificar la elección del consumidor aumentando la atención sobre algunos aspectos. En relación a la adquisición de bebidas y alimentos se suele recurrir al uso de distintos tipos de etiquetas: las que indican contenido calórico, las tipo semáforo, las descriptivas (consignas saludables como “*alto en calorías*”, descripciones acerca del gusto de la comida como “*dulce y jugoso*”, frases divertidas, invitación verbal a reducir la porción). Las etiquetas tipo semáforo han mostrado buenos resultados induciendo un aumento en las compras de alimentos saludables (etiqueta verde) y reduciendo la adquisición de los menos saludables (etiqueta roja). Además, se ha encontrado que la magnitud del efecto es superior respecto de la caída del consumo de productos con etiqueta roja y, en especial, en las bebidas más que en los alimentos. En relación a las etiquetas descriptivas, la adición de frases como “alto en calorías” o “bajo contenido de grasa” ha resultado en una reducción del consumo de alimentos menos saludables. Cabe mencionar que en lo que respecta a las etiquetas que indican el contenido calórico en algunos casos su introducción ha generado cambios en el comportamiento y en otros no.¹²

Wilson et al (2016) comparan los resultados de tres estudios donde se combinan *priming* y *salience nudges* a través del uso de etiquetas semáforo y cambios en la visibilidad, disponibilidad y accesibilidad de las bebidas y alimentos en cafeterías de hospitales. Los estudios reportan intervenciones de distinta duración (3, 6 y 21 meses) y en todos los casos la combinación de estos *nudges* mostró ser efectiva induciendo a los consumidores a seleccionar alternativas saludables de manera sostenida en el tiempo.

7. Obesidad y Regulación en el Caso Argentino.

El marco normativo de alcance nacional que regula los problemas de obesidad en la Argentina comprende a la Ley de Trastornos Alimentarios (Ley

¹² Se ha encontrado que el uso de etiquetas indicando el número de calorías contenidas en un alimento o las calorías que se recomienda consumir diariamente, han inducido una reducción del total de calorías consumidas en un negocio de comida rápida. Sin embargo, indicar el número de calorías que contienen las bebidas en cafeterías y negocios dentro de hospitales ha generado el efecto contrario incrementando el consumo de bebidas con alto contenido de azúcar sin alterar el consumo de bebidas 0 calorías. Por otra parte, el uso de etiquetas indicando además del número de calorías contenidas en las bebidas, el tiempo de ejercicio físico necesario para quemarlas, tampoco tuvo un efecto significativo en la compra de las mismas.

26.396)¹³ sancionada en 2008, la resolución Ministerio de Salud 732/2016 a través de la cual se crea el Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad y la resolución 742/2009 del Ministerio de Salud que incorpora al Programa Médico Obligatorio (PMO) las prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes.

Adicionalmente existen normas específicas vigentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires¹⁴ y en varias provincias¹⁵ que en general adhieren a la normativa nacional y establecen programas de alimentación saludable, particularmente orientados a la obesidad infantil.

¹³ Texto completo disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/144033/norma.htm> [Consultado el 31/05/2017].

¹⁴ En CABA la Ley de Fomento de hábitos saludables de alimentación y la prevención de la obesidad de niños, niñas y adolescentes (Ley 4432); la Ley de Promoción de Alimentación Saludable, Variada y Segura de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar (Ley N° 3704/10) y su decreto reglamentario (decreto 1/2013).

¹⁵ En Catamarca la ley de *Obesidad como enfermedad en el sistema público y privado de la salud de la provincia* (Ley 5200); en Córdoba la resolución sobre *Promoción de alimentación escolar saludable* (Res. 590/13); en Corrientes la ley de *Promoción de la alimentación saludable variada y segura de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar*, en Chaco el *Programa de prevención y control de trastornos alimentarios* (Ley 6026), el *Programa integral provincial de asistencia a la obesidad* (Ley 6031) y el *Programa Provincial de Concientización y Promoción de Kioscos saludables* (Ley 6401); en Chubut la ley de *Kioscos de establecimientos escolares* (Ley VIII-75); en Entre Ríos el *Programa provincial de lucha contra la obesidad infantil y adolescente* (Ley 9825) y el *Programa provincial de prevención, control y atención de la anorexia y la bulimia* (Ley 10377); en Jujuy la ley de *Prevención y control de los trastornos alimentarios* (Ley 5741) y el *Programa de nutrición escolar* (Ley 5928); en La Pampa la *Ley de kioscos educativos* (Ley 2424); en La Rioja el *Programa de prevención de bulimia y anorexia* (Ley 6045), el *Comité estratégico para la prevención y lucha contra la obesidad* (Ley 8002); en Mendoza el *Programa provincial de prevención de trastornos alimentarios* (Ley 7634), el *Programa provincial de obesidad mórbida* (Ley 7798) y el *Programa de merienda saludable en todas las instituciones escolares* (Ley 8247); en Misiones el *Programa integral de Alimentación saludable* (Ley 4359); en Río Negro la ley de *Atención de patologías nutricionales* (Ley 4228) y la ley de *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad* (Ley 4233); en Salta la ley de *Prevención, control y tratamiento de los trastornos alimentarios* (Ley 7973) y la de *Quioscos escolares saludables* (Ley 7887); en San Juan el *Centro de Prevención, atención y formación profesional especializada* (Ley 7085) y la ley de *Kioscos saludables ubicados dentro de los establecimientos educativos públicos* (Ley 8454). En San Luis el *Programa mejor alimentación, más salud* (Ley III-0743); en Santa Cruz la ley de *Prevención y Control de Trastornos Alimentarios* (ley 3052) y el *Programa campamento para diabéticos, celíacos y obesos* (Ley 3165); en Santa Fe el *Programa provincial integral de prevención, control y asistencia de los trastornos alimentarios* (Ley 13295); en Santiago del Estero la ley de *Kiosco saludable en todos los establecimientos educativos* (Ley 7105); en Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur la ley de *Promoción de la alimentación saludable y segura de niños, niñas y adolescentes en edad escolar* (Ley 900) y la de *Prevención y control de los trastornos alimentarios y sus enfermedades relacionadas* (Ley 1035); en Tucumán el *Régimen de prevención de las enfermedades bulimia y anorexia* (ley 8218).

Cabe destacar que además de Argentina, son muy pocos los países latinoamericanos que poseen normas específicas integrales en materia de prevención y/o tratamiento de la obesidad (Colombia, Costa Rica, México y Brasil) (OPS, 2009).

En cuanto a disposiciones de carácter general, corresponde señalar que si bien todos los países de la región tienen normas que reglamentan el etiquetado de los alimentos envasados, solo algunos disponen la obligatoriedad de informar en las etiquetas el contenido nutricional de los alimentos (como por ejemplo, Colombia que exige una referencia al contenido calórico y nutricional de los alimentos). La obligatoriedad del rotulado nutricional está establecida para el MERCOSUR desde 2006¹⁶. Con relación al derecho del consumidor, todos los países tienen normas específicas que disponen que la oferta de productos deba contener información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre precios, cantidad, peso, características, calidad, riesgos y demás datos que permitan a las personas elegir el producto a consumir.

Además de la obesidad, la ley argentina incluye a enfermedades como la bulimia, la anorexia nerviosa y otras relacionadas con formas inadecuadas de ingesta de alimentos. Uno de los aspectos más importante es que parte del principio de que la obesidad es una enfermedad y un problema de salud pública. Considera dos aspectos del problema claramente diferenciados: por un lado la prevención de la obesidad (y otros trastornos alimentarios) y por otro el tratamiento que deben recibir quienes ya la padecen.

Respecto de la prevención, entre otros objetivos se propone: instrumentar campañas informativas, disminuir la morbimortalidad, promover conductas nutricionales saludables (especialmente entre los niños y adolescentes), desarrollar estándares alimentarios en los comedores escolares, regular que los quioscos dentro de los establecimientos escolares deban ofrecer productos saludables, etc. Respecto de los trastornos que padecen las personas obesas y con sobrepeso pone especial énfasis en crear servicios y estructuras para atender el problema de la obesidad¹⁷ (incorpora los tratamientos en el PMO) y exige a todas las entidades públicas y privadas a hacerse cargo de dicha enfermedad. Además contempla acciones tendientes a combatir la discriminación de quienes padecen obesidad.

Centrándonos en las cuestiones relativas a la prevención, cabe señalar que si bien estaba previsto en la ley, recién en 2016 se creó el Programa

¹⁶ La Resolución GMC 44/0 establece que debe ser declarado el valor energético, proteínas, carbohidratos, grasas totales, fibra alimentaria, grasas saturadas, grasas *trans* y sodio en los alimentos envasados.

¹⁷ El Programa Médico Obligatorio (PMO) es el paquete de prestaciones básicas que como mínimo los seguros de salud deben ofrecer a sus afiliados.

Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad¹⁸. Adicionalmente, las dos disposiciones concretas tendientes a brindar información con el fin de modificar las conductas de los agentes (art. 11 y 20) fueron vetadas por el Poder Ejecutivo. De esta manera, se puede afirmar que al menos al principio de su vigencia, la ley tuvo más impacto en el tratamiento de las personas obesas y con sobrepeso que en la prevención.

En su promulgación los artículos 5, 11, 20 y 21 fueron vetados por el Poder Ejecutivo a través del decreto 1395/2008. El art. 5 proponía incluir a los trastornos alimentarios en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y se expresa en el veto que estos nos cumplen con los criterios para su inclusión¹⁹.

El artículo 11 por su parte establecía la inclusión de la leyenda “*El consumo excesivo es perjudicial para la salud*” en la publicidad y/o promoción de alimentos con elevado contenido calórico y pobres en nutrientes esenciales. El fundamento del veto señala que “...la clasificación de “nutrientes esenciales” no es clara y no tiene un sustento científico”, ya que no existe un valor o un umbral que clasifique a un alimento como de *elevado o bajo* valor energético. Además menciona que colisiona con lo establecido en el Código Alimentario Argentino²⁰ (CAA) que en su artículo 221 establece que “En la publicidad que se realice por cualquier medio deberá respetarse la definición, composición y denominación del producto establecido por el presente Código”. Además colisiona con las normativas MERCOSUR en materia de rotulado de alimentos (Resoluciones GMC Nros. 26/03, 44/03, 46/03, 47/03).

Por su parte el art. 20 establecía que “...los envases en que se comercialicen productos comestibles destinados al consumo humano que tengan entre sus insumos grasas *trans* lleven en letra y lugar suficientemente visibles la leyenda: *El consumo de grasa trans es perjudicial para la salud*”. El fundamento del veto señala que podría colisionar con el Código Alimentario Argentino que incorpora el Reglamento Técnico Mercosur para Rotulación de

¹⁸ Este programa es coordinado por el Ministerio de Salud de la Nación y su implementación estaba prevista en el art. 3º de la Ley 26.396. Se creó a través de la resolución Ministerio de Salud 732/2016. Información sobre el programa disponible en <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/programas/programa-nacional-de-alimentacion-saludable> [Consultado el 31/05/2017].

¹⁹ Los trastornos alimentarios y las enfermedades vinculadas mencionadas no cumplen con ese criterio, ya que el mismo atiende a razones que se relacionan con la magnitud, gravedad del daño, vulnerabilidad, impacto social, régimen sanitario internacional y compromisos internacionales. Al respecto ver *Normas de vigilancia de las enfermedades o eventos de notificación obligatoria*, Res. 1715/2007. Texto disponible en http://www.msal.gob.ar/pngcam/resoluciones/msres1715_2007.pdf [Consultado el 31/05/2017]

²⁰ Código Alimentario Argentino Ley N° 18284 reglamentado a través del decreto N° 2126/71.

Alimentos Envasados²¹ y que al ser normas MERCOSUR no es posible modificar las reglamentaciones sin el acuerdo de los Estados Partes. El veto al art. 21 plantea una cuestión de competencias para el establecimiento del sistema sancionatorio, no vinculado al objetivo del trabajo.

El Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad, creado en 2016, destaca que “...la obesidad puede prevenirse mediante la transformación del ambiente obesogénico actual en oportunidades para promover un consumo mayor de alimentos nutritivos y un aumento de la actividad física”. Establece que la manera más eficiente de reducir la morbimortalidad es a través de la promoción de la salud y prevención con estrategias de comunicación y educación y de la regulación de la oferta y demanda de bienes y servicios. El objetivo del programa es elaborar intervenciones a fin de generar hábitos saludables, y establecer políticas que modifiquen el contexto obesogénico. Identifica como determinantes del incremento de la incidencia de sobrepeso y obesidad a: la elevada oferta de productos alimenticios elaborados con alto contenido de sal, grasas saturadas y azúcares libres; la existencia de publicidad e información inadecuada; la adopción de dietas inadecuadas; la escasa actividad física y las desigualdades en la calidad de atención y accesibilidad a cuidados de la salud del sobrepeso y obesidad.

El programa comprende un conjunto de acciones que pretenden actuar sobre estos determinantes principales definidas en los siguientes ejes:

- Promoción de dieta saludable.
- Promoción y regulación de alimentos procesados saludables.
- Prevención y control del sobrepeso y obesidad.
- Vigilancia y control de factores del sobrepeso y obesidad.
- Servicios de salud: epidemiología/vigilancia de servicios de salud, calidad de atención, fortalecimiento de redes de atención.
- Acciones de comunicación masiva.
- Educación de profesionales de la salud.
- Priorización de áreas de investigación.

Desde la Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Trasmisibles se han elaborado las “Guías Alimentarias para la Población Argentina” (GAPA)²². Son herramientas que expresan las metas nutricionales en mensajes sencillos tendientes a generar comportamientos

²¹ Reglamento Técnico MERCOSUR para la Rotulación Nutricional de Alimentos Envasados, MERCOSUR res. nº 44/03. Disponible en http://www.puntofocal.gov.ar/arch_mercosur_sqt3/r_gmc_44-03.pdf [Consultado el 31/05/2017]

²² Disponible en <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/component/content/article/9-informacion-ciudadanos/482-mensajes-y-grafica-de-las-guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina> [Consultado el 31/05/2017]

nutricionales saludables. También se diseñó el programa “Menos Sal+Vida”²³, con el fin de disminuir el consumo de sal en la población para reducir las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Otro programa es “Comé Rico, comé saludable”²⁴ de difusión de formas de preparar alimentos saludables.

8. Reflexiones Finales.

La obesidad ha ido incrementando su prevalencia sensiblemente como consecuencia del desbalance entre el consumo y el gasto calórico individual.

El incremento de la demanda de asistencia sanitaria conjuntamente con el aumento de la morbimortalidad, que disminuye tanto la calidad como los años de vida de la población afectada, han convertido a la obesidad en un serio problema de salud pública. En este contexto, varios países han adoptado diversas estrategias para disminuir su prevalencia.

Argentina posee una ley integral y específica de trastornos alimentarios. Respecto a su contenido corresponde destacar que reconoce a la obesidad como una enfermedad y como un problema de salud pública, y que se centra en abordarla intentando brindar instrumentos tanto para su prevención como para dar tratamiento médico a quienes ya la padecen. Del análisis de su implementación se observa que la ley tuvo más impacto en el tratamiento de las personas obesas y con sobrepeso que en la prevención.

En cuanto a los trastornos que padecen las personas obesas y con sobrepeso apuntaló la creación de servicios y estructuras para darles tratamiento médico. En esta línea es destacable la incorporación de los tratamientos de la obesidad en el PMO. No obstante esto, debido a la estructura descentralizada del Sistema de Salud de Argentina y a la falta de coordinación entre niveles nacionales, provinciales y municipales, el acceso alcanza sólo a parte de la población.

En cuanto a la prevención de la obesidad la norma impulsa la incorporación de la educación alimentaria y la promoción de la actividad física en el sistema educativo, la incorporación de estándares alimentarios en los comedores escolares y la exigencia del funcionamiento de quioscos saludables en las escuelas. Sin embargo, cabe destacar que recién ocho años después de su promulgación fue creado el *Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad*, que define los principales instrumentos tendientes

²³ Disponible en <http://www.msal.gob.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/menos-sal--vida> [Consultado el 31/05/2017]

²⁴ Disponible en http://www.msal.gob.ar/ent/index.php?option=com_content&view=article&id=530:come-rico-come-saludable&catid=7:destacados-separados530 [Consultado el 31/05/2017]

a la prevención de la enfermedad. Además, como se señaló, algunos de los artículos que atendían este objetivo fueron vetados por el Poder Ejecutivo.

Centrándonos en estos aspectos preventivos, cabe señalar que si bien existen algunas acciones tendientes a regular la oferta de alimentos (particularmente en el caso de los niños en los establecimientos escolares), la regulación diseñada en Argentina (como ocurre mayoritariamente en otros países) pone el énfasis en la modificación de la conducta a través de brindar información. En este sentido, el diseño parte de asumir que los agentes mayoritariamente se comportan de manera racional, procesando correctamente toda la información disponible y adoptando decisiones conscientes.

Como se señaló, existe vasta evidencia en las elecciones alimentarias de conductas que se condicen más bien con la hipótesis de racionalidad acotada. Bajo ésta hipótesis, se manifiesta un vínculo estrecho entre el comportamiento de un agente y el entorno en el cuál adopta la decisión de consumo. Se ha observado que el consumo de alimentos está muy influido por los hábitos y es en muchos casos inconsciente. Aunque es cierto que los hábitos de las personas pueden ser difíciles de cambiar, se sabe que éstos también pueden ser influenciados por el ambiente. De este modo, una modificación en el contexto decisorio podría impactar sobre el comportamiento de las personas al momento de elegir qué alimentos consumir.

La ley Argentina parece tener en cuenta estas conductas al intentar modificar el entorno empleando instrumentos tradicionales tipo *command and control*. En esta línea dispone, en los establecimientos escolares, limitar la oferta de alimentos no saludables en los quioscos y fijar estándares alimentarios en los comedores. De esta manera “impone” al consumidor restricciones que limitan su conducta. Cabe destacar que estas acciones se limitan al tratamiento de la prevención de la obesidad infanto-juvenil.

Una forma complementaria de abordar el objetivo de prevención a través de la modificación del entorno es mediante la utilización de *nudges*. El diseño de este tipo de instrumentos, que puede contribuir al objetivo de prevenir la obesidad, requiere un profundo conocimiento de los aspectos culturales y socio-económicos de la población objetivo. El mero hecho de replicar diseños que funcionan adecuadamente en un ambiente particular no pareciera ser una buena estrategia.

Si se pretende guiar el comportamiento de las personas modificando el ambiente, se vuelve evidente la necesidad de investigar el proceso psicológico que guía las decisiones en lo que respecta a la ingesta de alimentos y la realización de actividad física. Es necesario comprender cómo influye el entorno para determinar cuál sería la mejor forma de inducir conductas saludables en relación a la alimentación. En este sentido, y dada la heterogeneidad inherente al problema, se reconoce la necesidad de avanzar en

el estudio comparado entre pacientes sanos y pacientes que presentan este tipo de trastornos alimentarios, para determinar hasta qué punto es posible influir en el comportamiento de éstos últimos mediante el uso de esta clase de instrumentos.

La incorporación de instrumentos tipo *nudge* para atender el objetivo de prevención de la obesidad podría mejorar la calidad de las políticas públicas en esta materia.

Más allá de las limitaciones señaladas respecto de la ley argentina de trastornos alimentarios, corresponde destacar la iniciativa de diseñar una norma jurídica específica en la materia. Las normas jurídicas constituyen una herramienta con gran potencial para avanzar en la lucha contra la obesidad y así mejorar la salud de la población. Entre las ventajas de diseñar políticas de salud basadas en normas jurídicas se pueden mencionar: que son de aplicación general a todos los agentes; que suelen definir criterios estrictos y objetivos claros; que son más estables que otras alternativas y no pueden modificarse o revocarse fácilmente; que al ser vinculantes aumentan las posibilidades de aplicación, de control y de que se instrumente un sistema de sanciones.

Referencias Bibliográficas.

- Achor, M. S., Benítez Cima, N. A., Brac, E. S., & Barslund, S. A. (2007). Obesidad infantil. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. 168 (Abril), pp. 34–38. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista168/6_168.pdf [Consultado el 31/05/2017]
- Acciarri, H. (2017) Derecho y Análisis del Comportamiento (Law & Behavioral Analysis). Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2949035 [Consultado el 31/05/2017]
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Beckmann & J. Kuhl (Eds.), *Action control, from cognition to behavior*. pp. 11–39. Springer-Verlag.
- Bernabeu Mestre, J., & Robles González E. (2000) Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. *Revista Política y Sociedad*, (35), pp. 45–54.
- Blumenthal-Barby, J. S., & Burroughs, H. (2012). Seeking better health care outcomes: The ethics of using the “nudge”. *The American Journal of Bioethics*, 12(2), pp. 1–10.
- Caldwell J. C., Findley S., Caldwell P., Santow G., Cosford W., Braid J., & Broers-Freeman D. (1990) What We Know about Health Transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health. The

- Proceedings of an International Workshop, Australian National University, Canberra.
- Cawley, J. (1999). Rational Addiction, the Consumption of Calories and Body Weight (Ph.D. thesis) University of Chicago, USA.
- Christakis N. A. & Fowler J. H. (2007), The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *New England Journal of Medicine*, 357 (4), pp. 370–379.
- ENNyS (2006) Ministerio de Salud. Documento de resultados. Buenos Aires, 2007.
- Flegal K. M., Graubard B. I., & Williamson D. F. (2005) Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 293 (15), pp. 1861–1867.
- Frenk J., Frejka T., Bobadilla J. L., Stern C., Lozano R., Sepúlveda J., & José M. (1991) La Transición Epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 111 (6), pp. 485–496.
- Jewell J., Hawkes C., & Allen K. (2013). Law and obesity prevention: addressing some key questions for the public health community. WCRF International.
- Kahneman, D. (2003). Maps of bounded rationality: Psychology for behavioral economics. *The American Economic Review*, 93(5), pp. 1449–1475
- King, S. C., Weber, A. J., Meiselman, H. L., & Lv, N. (2004). The effect of meal situation, social interaction, physical environment and choice on food acceptability. *Food Quality and Preference*, 15(4), pp. 645–653.
- Lakdawalla, D., & Philipson T. (2002) The growth of obesity and technological change: A theoretical and empirical examination National Bureau of Economic Research Working Paper Series, pp. 8946.
- Lerner M. (1973) Modernization and Health: A Model of the Health Transition. Annual meeting of the American Public Health Association. San Francisco.
- Marteau, T. M., Hollands, G. J., & Fletcher, P. C. (2012). Changing human behavior to prevent disease: The importance of targeting automatic processes. *Science*, 337 (6101), pp. 1492–1495.
- Mokdad A. H., Marks J. S., Stroup D. F., & Gerberding J.L. (2004) Actual causes of death in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 291(10), pp. 1238–1245.
- Mussini, M., & Temporelli, K. (Junio 2013) Obesidad: un desafío para las políticas públicas. *Estudios Sociales*, México, 21 (41), pp. 165-184. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000100007&lng=es&nrm=iso [Consultado el 06/04/2017]
- Neal, D. T., Wood, W., & Quinn, J. M. (2006). Habits—A repeat performance. *Current Directions in Psychological Science*, 15(4), pp.198–202.
- Neal, D. T., & Wood, W. (2007) A New Look at Habits and the Habit–Goal Interface. *Psychological Review*, 2007, 114 (4), pp. 843–863.

- Omran A. (1971) The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, 49, pp. 509-583.
- OMS (2016) Obesidad y Sobrepeso, Nota descriptiva 311, Junio. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> [Consultado el 06/04/2017]
- OMS (2017) Datos y cifras sobre la obesidad infantil. Disponible en: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/> [Consultado el 06/04/2017]
- OPS (2009) Recopilación de Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas en América Latina: Obesidad, Diabetes y Enfermedades Cardiovasculares. Washington, D.C.
- Philipson, T., & Posner, R. (2003). The long-run growth in obesity as a function of technological change. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46, pp. 87–108.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. United States: Krieger Publications.
- Robles E., Bernabeu J., & Benavides F.G. (1996) La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 14 (1), pp. 117–144.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education & Behavior*, 2(4), pp. 328–335
- Santos-Preciado J. I., Villa-Barragán J. P., García-Avilés M. A., León-Alvarez G.L., Quezada-Bolaños S., & Tapia-Conyer R. (2003) La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública Mexico* 45 (1), pp. S140–S152.
- Story, M., Kaphingst, K. M., Robinson-O'Brien, R., & Glanz, K. (2008). Creating healthy food and eating environments: Policy and environmental approaches. *Annual Review of Public Health*, 29, pp. 253–272.
- Sturm R. (2002) The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs. *Health Affairs*, 21 (2), pp. 245–253.
- Sunstein, C. R. (2013). Nudges.gov: Behavioral Economics and Regulation. *SSRN Electronic Journal*. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2220022> [Consultado el 06/04/2017]. Very preliminary draft 2/16/13. Subject to revision. Forthcoming, *Oxford Handbook of Behavioral Economics and the Law* (Eyal Zamir and Doron Teichman eds.).
- Swinburn, B. A., Egger G., & Raza, F. (1999) Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritising environmental interventions for obesity. *Prev Med*, 29, pp. 563–570.
- Temporelli, K., & Monterubbianesi, P. (2016) Aportes de la economía de la salud al estudio de la transición de riesgos sanitarios: el caso de la obesidad. *Ensayos sobre Política Económica*. 34, pp. 242–252.

- Temporelli K., Mussini M. (2012) Obesidad, sobrepeso y fallas de mercado. *Perspectivas. Revista de Análisis de Economía, Comercio y Negocios Internacionales*, 6 (1) (enero-junio).
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: improving decisions about health, wealth, and happiness*. United States of America: Yale University Press. New Haven & London.
- Viego, V. & Temporelli, K. (2015) Estilos de vida, sobrepeso y obesidad. Evidencia empírica para la población urbana adulta Argentina. 2005-2009 *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 3.
- Wilson A.L., Buckley E., Buckley J.D., & Bogomolova S. (2016), Nudging healthier food and beverage choices through salience and priming. Evidence from a systematic review. *Food Quality and Preference*, 51, pp. 47–67. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/09503293/51/supp/C> [Consultado el 06/04/2017].