



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

Facultad de Derecho y Ciencias Políticas

**EL IMPACTO NEGATIVO DE LAS RESTRICCIONES A LA PUBLICIDAD DE
ALIMENTOS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS. UNA APROXIMACIÓN DESDE EL
DERECHO Y LA ECONOMÍA CONDUCTUAL**

Tesis para optar el Título Profesional de Abogado

AUTOR

Palomino Cama, Valerio Giancarlo

ASESOR

Dr. Munive Taquía, Jesús Wilfredo

JURADO

Dr. Navas Rondón, Carlos Vicente

Dr. Panduro Angulo, Eckerman

Dra. Sáenz Arana, Luz Aurea

LIMA - PERÚ

2018

A Nora, Valerio y Gabriel por su confianza y apoyo incondicional durante este tiempo.

A Carlos y el equipo de PsychoLAWgy por adentrarme en los caminos de la Economía del Comportamiento.

A los miembros de Libros Viajeros por la compañía en esta travesía que conlleva hacer una tesis.

"Escribir es un oficio suicida. Ninguno exige tanto tiempo, tanto trabajo, tanta consagración en relación con sus beneficios inmediatos. No creo que sean muchos los lectores que al terminar la lectura de un libro, se pregunten cuántas horas de angustias y de calamidades domésticas, les han costado al autor esas doscientas páginas y cuánto ha recibido por su trabajo" (...)

Gabriel García Márquez- 'Desventuras de un escritor de libros'. Texto de julio de 1966, escrito en México y luego cedido al 'Magazín Dominical' del diario El Espectador

RESUMEN

La presente tesis analiza la eficacia de las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 en materia de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas, con el fin de desincentivar su consumo entre los menores de edad y así evitar el sobrepeso y la obesidad.

Por lo tanto, la presente tesis considera que las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 en materia de publicidad no resultan ser eficaces porque no toman en cuenta: (i) las causas y factores que originan el sobrepeso y la obesidad, (ii) las funciones y efectos de la actividad publicitaria en los menores de edad, y; (iii) los procesos cognitivos presentes en las decisiones de compra del consumidor.

En tal sentido, para comprobar estos postulados se estudió cuantitativamente: (i) los hábitos de consumo de productos alimenticio, y; (ii) los factores que influyeron en las decisiones de compra, de cuarenta (40) padres de familia de una institución educativa inicial (jardín de infancia) ubicado en el distrito de Mala, provincia de Cañete, departamento de Lima.

Los resultados arrojaron que el 78% de los participantes admitieron su disposición de comprar un producto luego de haber visto y recordado una publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas. Sin embargo, al momento de realizar la compra los participantes varones prefirieron elegir sus productos alimenticios entorno a la promoción (42%), el precio (26%) y la marca (13%) mientras que en las participantes mujeres, la decisión de compra giro alrededor de la marca (31%), el deseo de probar el producto alimenticio (24%) y la promoción (19%).

Asimismo, alrededor del 52% del total de los encuestados suelen ceder sus decisiones de consumo de productos alimenticios a sus acompañantes, de los cuales el 44% de los acompañantes eran menores de 12 años; siendo que el 64% de las mujeres entrevistadas tenían la decisión final sobre la compra de un producto alimenticio, mientras que el 65% de los varones entrevistados cedían a su acompañante la decisión final de la compra.

Los resultados demuestran que la publicidad resulta ser un indicador informativo para los padres de familia cuando se trata de productos alimenticios procesados; sin embargo, su capacidad de decisión se ve condicionada por factores inherentes al producto (promoción, el precio o la marca) o externos (roles asignados en función al género, el acompañante); lo que debería llevar a replantear las prohibiciones establecidas por la Ley N° 30021.

Palabras claves.- publicidad - consumidor – economía del comportamiento – alimentación saludable - obesidad - sesgos – heurísticas – regulación-competencia desleal.

ABSTRACT

The present thesis looks at the effectiveness of the restrictions imposed by Law No. 30021 on the advertisement of processed foodstuff and non-alcoholic beverages, with the purpose of discouraging their consumption among minors and thereby reducing the incidence of overweight and obesity.

As a result of the research conducted, the present thesis considers the restrictions imposed by Law No. 30021 as inefficient, due to they not taking account of: (i) the causes of and factors influencing overweight and obesity; (ii) the functions and effects of advertisement on minors; (iii) the cognitive processes involved in the purchase decisions of consumers.

To prove these postulates, a quantitative research was conducted on: (i) the consuming habits of foodstuffs and non-alcoholic beverages; (ii) the factors influencing the purchase decisions of forty (40) heads of households with children in a primary school located in the district of Mala, Cañete Province, Department of Lima.

The results showed that 78% of the participants admitted to their willingness to buy a product after having seen and remembering an advert for processed foodstuffs or non-alcoholic beverages. Notwithstanding, at the moment of purchase, the male participants preferred to choose their products based on the advert (42%); on price (26%) and on the brand (13%), whereas the female participants were influenced primarily by the brand (31%), the desire to try the foodstuff (24%) and the advert (19%).

On the same investigation, it was found that circa 52% of the surveyed population tended to defer the decision as to which foodstuff or non-alcoholic beverage to buy to the people accompanying them, of which 44% were under 12 years of age.

The results showed that publicity functions as an information indicator for heads of households when dealing with processed foodstuffs and non-alcoholic beverages; however, their capacity to decide is conditioned by factors inherent to the product considered (advert, price or brand), as well as factors external to the product (gender roles, companions during the shopping process...); all of which should lead to a rethinking of the prohibitions contained in Law No. 30021.

Key words.- Publicity – consumer – behavioral economics – healthy nutrition – obesity – biases – heuristics – regulation – unfair competition.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	
1.1. Formulación General del Problema	13
1.1.1. Problema principal:	13
1.1.2. Problemas secundarios:	13
1.2. Delimitación de Objetivos	13
1.2.1. Objetivo principal:	13
1.2.2. Objetivos secundarios:	14
1.3. Formulación de Hipótesis.....	14
1.3.1. Hipótesis general.....	14
1.3.2. Hipótesis específicas	14
1.4. Determinación de las variables.....	15
1.4.1. Variables Independientes:	15
1.4.2. Variables dependientes:	15
1.5. Definición de términos básicos.....	16
1.6. Justificación del Estudio	18
1.7. Diseño metodológico	20
CAPITULO II	
LA PROTECCION CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD Y SU RELACION CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	
2.1. Obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles	21
2.2. Estadísticas entorno a la Obesidad.....	23
2.3. Causas y Factores de Prevalencia de la Obesidad	25
2.3.1. Causas de la obesidad	26
2.3.2. Prevalencia de la Obesidad.....	36
2.4. La Obesidad y el Derecho a la Salud	44
2.4.1. Marco Constitucional del Derecho a la Salud	44
2.4.2. Principios establecidos por el Tribunal Constitucional entorno al Derecho a la Salud.....	48
2.4.3. Avances del Tribunal Constitucional en torno al Derecho a la Salud	55
2.5. La obesidad y su desarrollo jurisprudencial en la Región.....	57
2.5.1. Experiencia de la Corte Constitucional Colombiana	57
2.5.2. Experiencia de Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina	59
2.6. El Mensaje que nos deja el Segundo Capítulo	62
CAPITULO III	
RECOMENDACIONES Y MEDIDAS ADOPTADAS POR EL PERÚ Y LA REGION PARA COMBATIR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD	
3.1. La Lucha contra el Sobrepeso y la Obesidad	65
3.2. Recomendaciones establecidas por la OMS.....	66
3.2.1. Adopción del Enfoque Preventivo	67
3.2.2. Políticas de intervención	70
3.2.3. Semáforo Nova	73
3.3. Recomendaciones establecidas por la FAO	77
3.3.1. Seguridad Alimentaria	79
3.3.2. Nutrición.....	80

3.3.3.	El Codex Alimentarius	81
3.4.	Recomendaciones establecidas por la OPS	82
3.4.1.	Recomendaciones dirigidas a regular la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas.....	82
3.4.2.	Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014-2019).	85
3.5.	Medidas adoptadas por los Países de la Región para combatir el Sobrepeso y la Obesidad.....	88
3.5.1.	México.....	88
3.5.2.	Ecuador	95
3.5.3.	Chile	105
3.5.4.	Perú	110
3.6.	¿Por qué no funcionan las medidas adoptadas por la Ley N° 30021?	120
3.6.1.	Definición de Publicidad	120
3.6.2.	Funciones de la Publicidad.....	122
3.6.3.	Interpretación de los anuncios publicitarios	123
3.6.4.	El escepticismo del consumidor frente a la publicidad.....	127
3.6.5.	La Publicidad y los Actos de Engaño	128
3.6.6.	La Publicidad y el Principio de Adecuación Social.....	131

CAPITULO IV

¿PUEDE LA ECONOMIA CONDUCTUAL EXPLICAR PORQUE NO FUNCIONAN LAS MEDIDAS TOMADAS PARA REDUCIR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD?

4.1.	La Economía Conductual: Una visión realista del comportamiento humano	133
4.2.	Somos predeciblemente irracionales.....	135
4.2.1.	Atención y esfuerzo	136
4.2.2.	Observación e interpretación del mundo.....	141
4.2.3.	Emociones	147
4.2.4.	Factores Biológicos.....	153
4.3.	¿Cómo se forman los juicios?.....	155
4.3.1.	Teoría dual del razonamiento	155
4.3.2.	Toma de Decisiones	157
4.4.	Sesgos y Heurísticas	161

CAPITULO V

INVESTIGACION CUANTITATIVA REALIZADA EN UNA INSTITUCION EDUCATIVA INICIAL UBICADA EN EL DISTRITO DE MALA, PROVINCIA DE CAÑETE, DEPARTAMENTO DE LIMA

5.1.	Formulación específica del Problema	164
5.2.	Problemas secundarios:	164
5.3.	Evaluación de la Situación	165
5.3.1.	División política, poblacional y económica del distrito de Mala	165
5.3.2.	Ubicación de la Institución Educativa Inicial N° 323.....	167
5.4.	Selección de los Participantes	167
5.5.	Procedimiento	168
5.6.	Resultados	169
5.6.1.	Factores Externos.....	169
5.6.2.	Factores Internos.....	174
5.6.3.	Tabla Nutricional	176
5.6.4.	Advertencia Publicitaria	177

5.6.5.	Compra del producto.....	179
5.7.	Discusión.....	180
5.7.1.	Influencia de la publicidad en las decisiones de consumo	180
5.7.2.	Los roles y estereotipos de género en la socialización del consumidor	182
5.7.3.	La imagen, la marca y el efecto priming	184
5.7.4.	Compras por default.....	188
5.7.5.	Efectividad de las Advertencias Publicitarias	193
CONCLUSIONES		198
RECOMENDACIONES		201
REFERENCIAS.....		202
ANEXO		221

INTRODUCCIÓN

En el año 2013 - luego de intensos debates en el Congreso de la República - se promulgo en el Perú la Ley N° 30021, Ley de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes con el objeto de proteger el derecho a la salud pública y eliminar las enfermedades, vinculadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas conocidas como no transmisibles.

Para cumplir con este objetivo, la Ley N° 30021 dispuso una serie de medidas dirigidas a restringir la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas. Algunas de estas restricciones están dirigidas exclusivamente a modificar las conductas respecto al consumo de determinados productos como alimentos con grasas trans y alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas; otras son generales, como la que impide utilizar testimonios de personajes reales o ficticios conocidos o admirados por los niños y adolescentes para inducir a su consumo.

Las medidas anteriormente descritas resultan controversiales debido a que la Ley N° 30021 no toma en cuenta las funciones y efectos de la publicidad, los procesos cognitivos presentes en la toma de decisiones de los consumidores y la existencia de bienes sustitutos ajenos a la regulación planteada. Consideramos que esta ausencia de discusión, puede llevar a obtener resultados distintos a los esperados de la Ley N° 30021.

Ante este escenario, cabe preguntarnos si las restricciones a la publicidad establecidas por la Ley N° 30021, resultan ser eficientes para alcanzar los fines establecidos y en todo caso a que costo lo hacen. Esta reflexión resulta necesaria debido a que los costos de restringir la publicidad son pagados por la sociedad y pueden medirse en términos económicos sino

también en una ineffectividad de la medida, incremento de las enfermedades no transmisibles, aumento de los costes de cobertura médica, etcétera.

Por lo tanto, constatar los postulados anteriores sugiere, que no se ha evaluado idóneamente las restricciones impuestas a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas; sino que por el contrario, a la hora de establecer la regulación han primado una serie de sesgos cognitivos, prejuicios, e intereses creados entorno a esta actividad económica.

En nuestro país, la publicidad ha recibido fuertes críticas, debido a su capacidad de influenciar las decisiones de consumo de los menores de edad, crear falsas necesidades a través de la persuasión, inducir a malos hábitos de consumo y a perpetuar estereotipos reprobables como roles sociales, cánones e ideales de belleza; todo ello en beneficio de los empresarios, proveedores de servicios y grupos de interés.

Lo anterior contrasta con diversos estudios realizados por economistas, psicólogos, diseñadores de políticas públicas, comunicadores, nutricionistas, entre otros; quienes han puesto sobre el tapete, la necesidad de evaluar, discutir y reconsiderar las medidas actualmente adoptadas por otras medidas menos costosas, más efectivas y de rápida implementación que entregaría mayores beneficios a la sociedad en su conjunto que aquellas actualmente implementadas.

Nuestro estudio parte de la premisa general de que toda medida regulatoria aplicada a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas tiene un costo. De esta forma, toda intervención correctiva por parte del Estado deberá ser sustentada mediante justificaciones relacionadas a la eficiencia económica, la existencia de fallas cognitivas, la redistribución, u otras razones derivadas del sentido de la justicia, las emociones o la costumbre. Mediante la aplicación del análisis costo-beneficio nos proponemos a examinar si las medidas adoptadas son efectivas para reducir los índices de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes,

Para limitar más nuestro análisis hemos decidido centrar nuestro trabajo de campo a demostrar como las prácticas y advertencias publicitarias establecidas por la Ley N° 30021 influyen en las decisiones de compra de los consumidores.

En definitiva, pretendemos proponer a través de la presente tesis, un nuevo espacio de discusión que permita la aplicación de herramientas propias de la economía conductual (conocida también como “economía del comportamiento”) en el diseño de normativas regulatorias; como es el reconocimiento de la racionalidad limitada del ser humano debido a factores biológicos, fallas cognitivas, problemas de atención y memoria, entre otros; que afectan la toma de decisiones de las personas a lo largo de su vida cotidiana.

Así, el presente trabajo de investigación se divide en Tres Secciones, la Primera Sección contiene al Capítulo I, en el cual se desarrolla el planteamiento de estudio de la tesis, que incluye la formulación del problema, la delimitación de objetivos a investigar, la formulación de la hipótesis, la determinación de las variables y la justificación del estudio y el diseño metodológico a usar.

La Segunda Sección contiene el Marco Teórico de la presente tesis. En esta sección se encuentran los Capítulo II, III y IV.

El Capítulo II se enfoca a analizar las causas y factores que favorecen la aparición del sobrepeso y la obesidad en la población; así como los límites constitucionales que obligan al Estado a intervenir con el fin de garantizar la salud y el bienestar social de las personas en virtud a los diversos acuerdos internacionales suscritos.

El Capítulo III estudia las recomendaciones entregadas por los organismos internacionales como las medidas adoptadas por el Perú y otros países de la región (Ecuador, Chile, México) para combatir la obesidad a nivel poblacional; a fin de determinar qué medidas han resultado siendo exitosas en la consecución de sus objetivos y por lo tanto ser replicadas en nuestro

país, previa adecuación a nuestra idiosincrasia. Asimismo la segunda parte del Capítulo III está dirigido a analizar las razones del por qué no funcionaría las medidas adoptadas por la Ley N° 30021 y su reglamento el D.S. N° 017-2017-SA.

El Capítulo IV hace énfasis en la utilización de la Economía Conductual o también llamada Economía del Comportamiento como herramienta dirigida al reconocimiento de patrones de conducta que nos ayuden a entender como los individuos perciben y responden a las medidas regulatorias destinadas a prevenir el sobrepeso y la obesidad; y así mejorar el diseño de las políticas públicas en materia de salud

La Tercera Sección contiene el Capítulo V. Este capítulo está dirigido a aterrizar las ideas circunscritas en el Planteamiento de Estudio y el Marco Teórico, mediante la formulación específica del problema y centrando nuestro análisis en la restricciones establecidas por la Ley N° 30021 al discurso publicitario de alimentos procesados (art. 08) y el uso de advertencias publicitarias en el empaque de los productos alimenticios (art. 10).

Finalmente la presente tesis termina con las conclusiones obtenidas en la investigación a la vez que insta a explorar mejores alternativas que puedan lograr desalentar el consumo de alimentos procesados altos en calorías, grasas, sodio y azúcar sin tener que restringir la publicidad.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1. Formulación General del Problema

1.1.1. Problema principal:

- (i.) ¿Las restricciones a la publicidad sostenidas por la Ley N° 30021 cumplen con desincentivar el consumo de productos altos en grasas, azúcares y sal entre los menores de edad?

1.1.2. Problemas secundarios:

- (i) ¿Qué tan influyente puede ser la publicidad en las decisiones de consumo alimenticio de los menores de edad, en conformidad a los estilos de vida que existe en nuestra sociedad?
- (ii) ¿Qué efectos económicos y sociales genera la restricción de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables sostenida por la Ley N° 30021?
- (iii) ¿Existen otras alternativas que ayuden a reducir la obesidad y sobrepeso en los menores de edad sin restringir la publicidad comercial?

1.2. Delimitación de Objetivos

1.2.1. Objetivo principal:

- (i.) Demostrar si las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 en materia de publicidad, no logrará disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en los niños, niñas y adolescentes, conforme ha sido propuesto en dicha norma.

1.2.2. Objetivos secundarios:

- (i.) Identificar los principales agentes influenciadores que determinen o estimulen el comportamiento de consumo de los menores de edad
- (ii.) Demostrar la existencia de hábitos alimenticios perjudiciales ajenos al mensaje transmitido por la publicidad; y, generados dentro del marco de la sociedad de información y la cultura de consumo.
- (iii.) Analizar la existencia de medidas alternativas a las restricciones establecidas por la Ley N° 30021 que ayuden a informar adecuadamente sobre las consecuencias de no tener una alimentación saludable.

1.3. Formulación de Hipótesis

1.3.1. Hipótesis general

- (i.) Las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 en materia de publicidad (art. 8 y art. 10) no logran reducir el consumo de productos altos en grasas, azúcar, sodio y grasas trans en los menores de edad.

1.3.2. Hipótesis específicas

- (i.) Las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 en materia de publicidad, no tienen correlación con las causas y factores que originan el sobrepeso y la obesidad.
- (ii.) Las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 en materia de publicidad, resultan inadecuadas porque no se toma en cuenta las funciones y efectos de la actividad publicitaria en los niños, niñas y adolescentes.
- (iii.) Las restricciones impuestas por la Ley N° 30021 a la industria alimentaria en materia de publicidad, resultan injustificadas porque no toman en cuenta los procesos cognitivos presentes en las decisiones de compra del consumidor

1.4. Determinación de las variables

1.4.1. Variables Independientes:

- (i.) Hábitos Alimenticios: Repetición de conductas y actitudes adquiridas que tienen un impacto positivo o negativo en la alimentación de las personas. Los hábitos alimenticios están influidos por la sociedad e idiosincrasia de su tiempo.

1.4.2. Variables dependientes:

- (i.) Restricciones a la industria publicitaria: Es el uso de parámetros legislativos, administrativos y sociales con la finalidad de prohibir la publicidad de un producto o la limitación de su comercialización y consumo.
- (ii.) Advertencias de salud incluidas en los empaques: Son señales, marcas, gráficos o rótulos que buscan advertir al consumidor del contenido nutricional del producto,

los efectos adversos o consecuencias de su consumo o utilización. Su finalidad tiene carácter disuasivo.

1.5. Definición de términos básicos

- a) **Alimentos Ultra-procesados:** Conjunto de alimentos bajos en nutrientes y con un alto contenido de grasas, azúcares y sal. Tradicionalmente se les asocia con la facilidad de elaboración (“fast food”), bajo precio y el de consumo sectorizado de un segmento poblacional. También conocida como “comida basura”.
- b) **Análisis conductual del Derecho:** La aplicación de métodos propios de la economía conductual con el fin de evitar distorsiones cognitivas y motivacionales que tornen defectuosos los análisis legales
- c) **Autorregulación Publicitaria:** Es el sistema de autocontrol establecido voluntariamente por la industria publicitaria con la finalidad de generar límites a la libertad publicitaria mediante cánones éticos
- d) **Competencia:** Debe entenderse como el proceso de rivalidad entre los diversos agentes con el fin de dominar un determinado mercado.
- e) **Competencia Desleal:** Conjunto de prácticas contrarias que afectan el correcto funcionamiento del mercado.
- f) **Economía Conductual:** Aplicación de modelos económicos que aplican los avances en áreas como la psicología cognitiva y la neurociencia para entender, predecir y regular la conducta humana
- g) **Heurísticas:** Procesos mentales que simplifican la toma de decisiones a través de atajos que ahorran los recursos mentales y permiten elegir entre alternativas complejas

- h) **Justificaciones para la regulación:** Conjunto de razonamientos utilizados para regular determinada actividad económica o social; basándose en una serie de principios de eficiencia, redistribución o consideraciones jurídicas o morales.
- i) **Obesidad y sobrepeso:** Según la OMS (2017b), la obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Para identificar el sobrepeso y la obesidad en una población se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC).
- j) **Paternalismo:** La interferencia de la libertad de acción de una persona justificada por razones que se refieren exclusivamente a la asistencia social, bienestar, felicidad, necesidades, intereses o valores de la persona que está siendo coaccionado.
- k) **Persuasión:** Capacidad de convencer a una persona o un colectivo mediante el uso de argumentos, opiniones o razonamientos a favor de determinado producto o servicio.
- l) **Protección del menor:** Conjunto de normas, medios y políticas dirigidas a garantizar el desarrollo integral y bienestar de una persona menor de dieciocho años.
- m) **Protección al consumidor:** Grupo de medidas adoptadas con la finalidad regular y proteger a los consumidores de bienes y servicios.
- n) **Publicidad:** Actividad económica que tiene como finalidad buscar la atención del consumidor mediante el uso de medios técnicos y referenciales.
- o) **Regulación:** Concepto político-económico para referirse a los diferentes sistemas de organización económica y al régimen legal en la que se soporta.
- p) **Sesgos:** Prejuicios, tendencias, limitaciones o predisposiciones que afectan la visión integral del hombre acerca de la realidad, y que lo llevan a tomar decisiones erróneas.

- q) **Sociedad de Información:** Estadio del desarrollo de una sociedad que se caracteriza por la capacidad de sus miembros de obtener y compartir información, lo que hace que se acorten las distancias geográficas. También se les conoce como era digital
- r) **Sociedad de Consumo:** Concepto utilizado para designar el tipo de sociedad que se caracteriza por el consumo masivo de bienes y servicios, disponibles gracias a la producción masiva de estos.

1.6. Justificación del Estudio

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil ha aumentado dramáticamente en los últimos decenios, constituyéndose uno de los problemas de salud pública según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las causas de la obesidad y el sobrepeso infantil pueden encontrarse confluidas a diversos factores relacionadas principalmente a factores dietéticos y hábitos saludables como: la lactancia materna, dietas, el aprendizaje de sabores, el cambio de preferencias alimentarias, las prácticas de alimentación proporcionada por los padres y la tendencia a la disminución de actividades físicas.

Un estudio del año 2011 sobre el estado nutricional y hábitos alimentarios de los alumnos en el nivel secundario en Perú demostró que:

El 71% presentó un estado normal, 16% sobrepeso, 11% obesidad y el 1,7% adelgazado. Con respecto a los hábitos alimentarios el 53% tiene hábito regular, el 25% hábito bueno y el 22% hábitos deficientes. Respecto a la selección de consumos de alimentos, los preferidos para consumir a diario entre comidas fueron las frutas; ocasionalmente consumieron pasteles, galletas, golosinas, hamburguesas y snacks. Las

bebidas preferidas y que consumen a diario fueron, en orden de preferencia: agua, infusiones, jugos y refrescos, mientras que las gaseosas las consumen esporádicamente (Marín et al. 2011).

Tradicionalmente la obesidad y el sobrepeso se asocian a la población urbana y los estratos socio económicos bajos. Sin embargo, estudios recientes se han desmarcado del supuesto pobreza, reemplazándolo por el de “no pobreza”. (Álvarez et al. 2012)

Ante esta preocupante evidencia que afecta a la población en su conjunto, la lucha contra la obesidad infantil se ha vuelto parte de la agenda política de muchos países, incluidos el nuestro. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a mantener estas características en la vida adulta, aumentando el riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como la diabetes, hipertensión y enfermedades de carácter cardiovascular generando enormes gastos al sector Salud. (Siguiendo las recomendaciones del Organismo Panamericano de Salud)

En efecto, el Ministerio de Salud en el año 2012 – siguiendo las recomendaciones establecidas por el Organismo Mundial de la Salud (2010b) – estableció los primeros lineamientos hacia una política de salud pública con cara a enfrentar el problema del sobrepeso y la obesidad entre niños y adolescentes. Dentro de sus propuestas se encontraba el incremento de la lactancia materna, ofrecer alimentación saludable en los colegios, restringir la publicidad de alimentos procesados, mantener la cultura culinaria y la apertura de espacios públicos.

Estas propuestas fueron concretizadas con la promulgación de la Ley N° 30021 y su Reglamento, los cuales establecen una serie de medidas dirigidas a restringir la promoción de productos considerados como no saludables y la inclusión de advertencias publicitarias con el fin de desincentivar el consumo de alimentos procesados altos en azúcar, sodio, grasas y

calorías. Sin embargo revisado los proyectos de ley se observa que no existe mayor justificación respecto a la validez y efectividad de las medidas antes mencionadas.

Es por ello, que vemos la necesidad de ejecutar la presente investigación con el fin de generar una sana discusión académica que favorezca el desarrollo de nuevas propuestas a mejorar el actual diseño normativo que verdaderamente logre informar y mitigar los peligros de la obesidad y el sobrepeso; y, a su vez, reformular la normativa actualmente restrictiva en materia de publicidad.

1.7. Diseño metodológico

Se utilizará un diseño cuantitativo debido a que se pretende demostrar las causas y efectos del fenómeno sometido a análisis en la presente investigación, utilizando herramientas de análisis estadístico para cuantificar los datos obtenidos en el trabajo de campo.

CAPITULO II

LA PROTECCION CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA SALUD Y SU RELACION CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

2.1. Obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles

Según el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT)¹ representaron la principal causa de mortalidad a nivel mundial, estableciendo que el 80% de las muertes se ubicaron en países con ingresos bajos y medios. Según la OMS (2010a) la obesidad es un factor determinante para la aparición de las ENT.

La obesidad se define como el exceso de grasa o de tejido adiposo que se produce por un desequilibrio entre la energía ingerida y la energía gastada (Manzur et al. 2010). La grasa es la forma natural que tienen los organismos vivos para acumular reservas de energía mediante el proceso bioquímico llamado lipogénesis la cual se almacena en células llamadas adipocitos, quienes en su conjunto conforman el tejido adiposo².

Según la OMS (2000) obesidad se suele medir utilizando indicadores antropométricos que determinan la grasa corporal del individuo; en este caso se utiliza el índice de masa corporal (IMC) para calcular la masa corporal del individuo de la siguiente manera: $IMC =$

¹ Las enfermedades no transmisibles también son conocidas como *enfermedades crónicas*, y son el resultado de una serie de factores genéticos, ambientales, conductuales y fisiológicos y engloban cuatro tipos de enfermedades: cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y enfermedades cardiovasculares

² El tejido adiposo se encuentra distribuido a lo largo de nuestro organismo, pudiéndose dividir en dos grandes compartimientos, subcutáneo y visceral. Alrededor del 80% de la grasa corporal corresponde a depósitos subcutáneos ubicados en las regiones abdominales, femorales y glúteas) mientras que la grasa visceral representa cerca del 20% restante y envuelve los órganos ubicados en la zona abdominal, mesentérica, mesentérica, perigonadal, perirrenal y retroperitoneal. Los porcentajes pueden variar respecto al género de los individuos.

masa/estatura², donde la masa se expresa en kilogramos y la estatura en metros al cuadrado, siendo la unidad de medida del IMC es el Sistema Internacional de Unidades. El IMC es utilizado como recurso para determinar la prevalencia de obesidad y el estado nutricional de los individuos. (Ver tabla 01)

Tabla 01

Clasificación de adultos de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC)

Clasificación	IMC	Riesgo de Comorbilidad
Bajo Peso	<18.50	Bajo (pero los riesgos de otros problemas clinicos aumentan)
Rango normal	18.50 – 24.99	Promedio
Sobrepeso	≥25.00	
Pre obesidad	25.00 – 29.99	Aumentado
Obesidad clase I	30.00 – 34.99	Moderado
Obesidad clase II	35.00 – 39.99	Grave
Obesidad clase III	≥40.00	Muy Grave

Nota. Traducción libre. Recuperado de Obesity: preventing and managing the global epidemic- Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894) Copyright 2000 por la OMS. Reimpreso con permiso.

Lamentablemente el IMC no proporciona información acerca de la distribución del tejido adiposo a lo largo del cuerpo. Para precisar un mejor diagnostico que ayude a combatir la obesidad en los pacientes se usan medidas complementarias como la medición de la circunferencia de la cintura (CC) para evaluar el riesgo cardiovascular³ (Moreno 2010)

Sin embargo, la medición de la CC resulta deficiente como forma de medición del tejido graso subcutáneo y el tejido graso visceral. Un estudio realizado entre enero del 2011 y enero del 2014 a los pacientes del servicio de endocrinología del Hospital “Hermanos Ameijeiras” (La Habana, Cuba) demostró que el tamaño de la grasa visceral del 71.1% de pacientes

³ La medición de la CC es un indicador antropométrico empleado para evaluar el riesgo cardiovascular de los pacientes con sobrepeso u obesidad con la finalidad de implementar las medidas terapéuticas adecuadas, sin embargo resulta controversial debido a los diversos valores propuestos como indicadores de clasificación de riesgo, ya que estos pueden variar según el grupo étnico del paciente.

diagnosticados con obesidad mórbida era independiente de la circunferencia de la cintura y el IMC (Martínez M., et al. 2015).

En razón a estas limitaciones es por ello que actualmente en los casos clínicos de obesidad mórbida se recomienda el uso de técnicas de imagen (tomografía computarizada y resonancia magnética) como herramienta que determine la distribución regional de la grasa corporal y el diagnóstico nutricional del paciente (Pérez et al. 2010).

2.2. Estadísticas entorno a la Obesidad

La OMS estimaba en el año 2012 había 44 millones de niños menores de 5 años (6,7% del total mundial) sufrían de problemas de sobrepeso u obesidad. (OMS 2014); en el año 2016, los niños menores de cinco años solo con sobrepeso eran alrededor de 41 millones. Lo cual significa que la prevalencia de obesidad en la niñez ha aumentado desde el 5% aproximadamente en 1990 hasta un 7% en 2012 (figura 01) mientras que entre los años 2000 y 2016 el sobrepeso infantil incremento en un 33%. (OMS 2017a).

Aunque estas estimaciones globales son indicios de orientación general, las tendencias de sobrepeso pueden variar a escala nacional. En los países de Latinoamérica el riesgo se manifiesta como bajo y/o moderado (figura 02) y en el caso peruano la prevalencia del sobrepeso en los menores de 05 años ha aumentado del 6,9% (OMS 2014) al 7,2% (OMS 2015; 2016a y 2017a) siendo uno de los más bajos de la región.

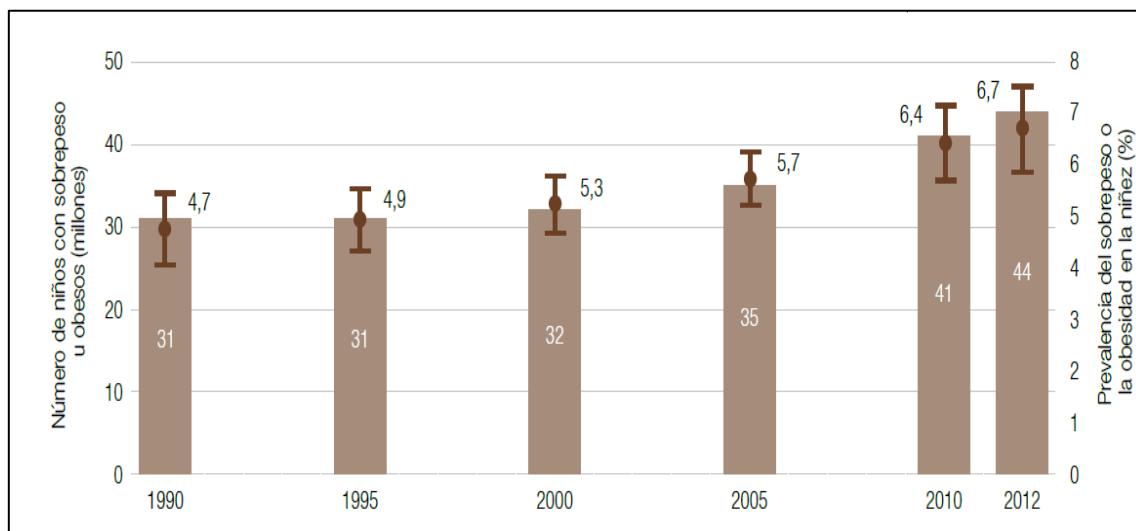


Figura 1: Número y prevalencia de niños con sobrepeso u obesidad en el mundo, 1990-2012 OMS (2014) www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/. Copyright 2014 por OMS. Reimpreso con permiso

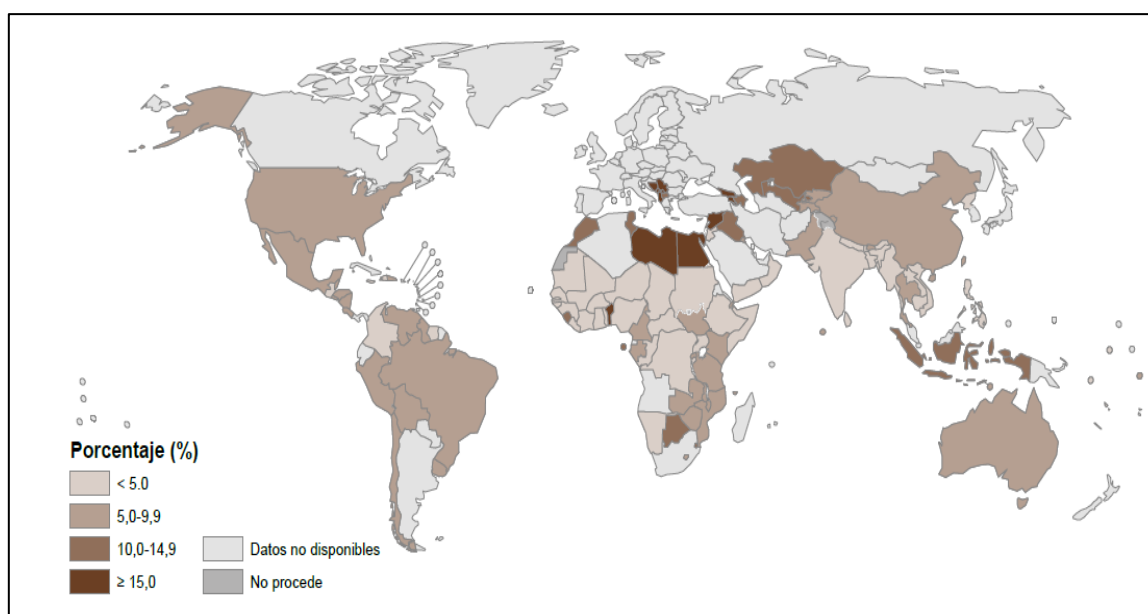


Figura 2: Menores de 05 años con sobrepeso (%), último año disponible, 2006-2012 OMS (2014). www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/. Copyright 2014 por OMS. Reimpreso con permiso

Asimismo, las estadísticas sanitarias mundiales (OMS 2015) muestran un aumento de las tasas de obesidad y sobrepeso en los adultos, esta data fue actualizada por el diario El País de España (2016) determinándose que los países con mayor prevalencia de obesidad en América

son Estados Unidos (33,7%), México (28,1%), Chile (27,8%), Uruguay (26,7%) y Argentina (26,3%) mientras que el porcentaje en Perú era del 21,1% (figura 03).

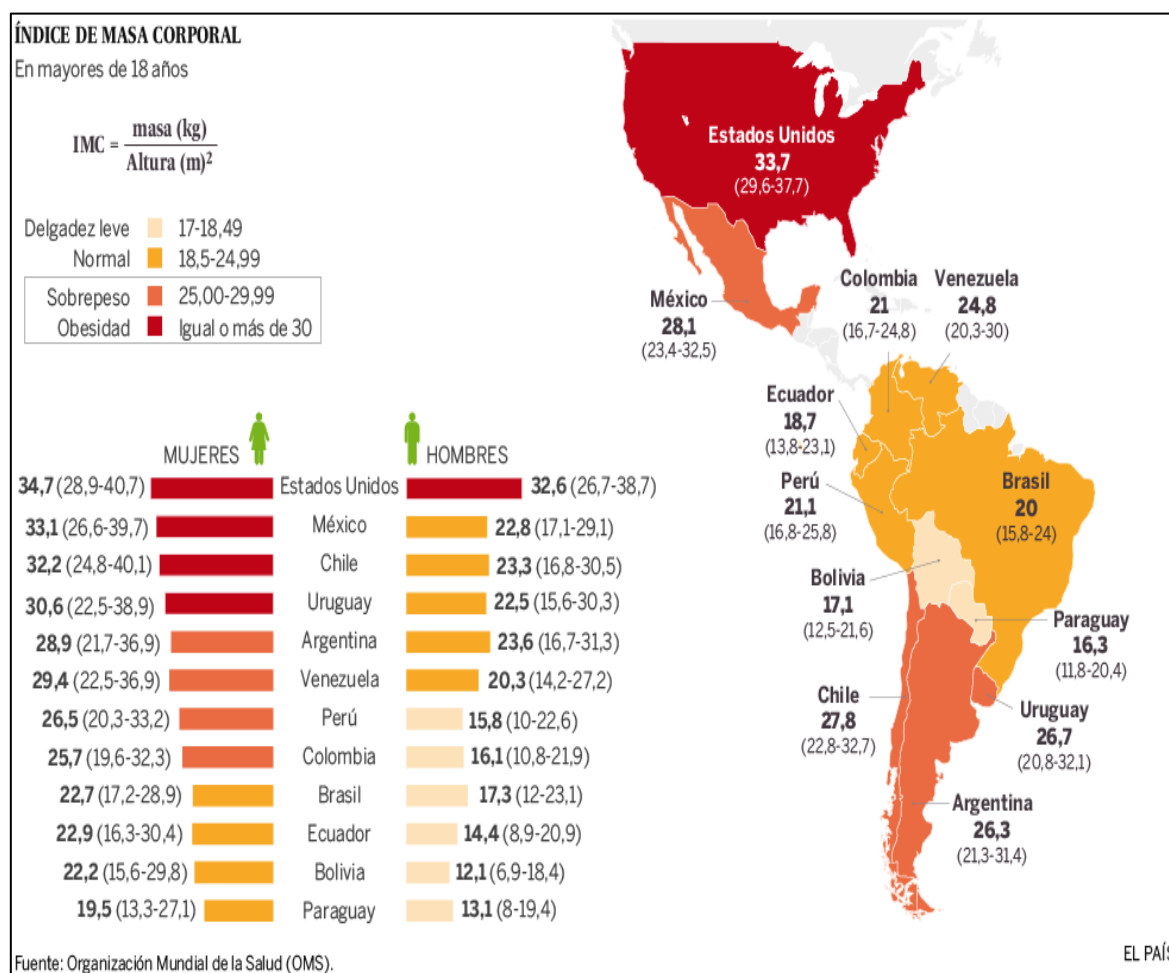


Figura 3: La obesidad en América. Diferencia geográfica y por sexo del índice de masa corporal. El País (2016). http://elpais.com/elpais/2016/02/23/media/1456247141_386752.htm. Copyright 2016 por El País. Reimpreso con permiso.

2.3. Causas y Factores de Prevalencia de la Obesidad

Las causas de la obesidad no están del todo definidas. La literatura médica las atribuye a diversos factores como la transición nutricional (Popkin 1993; OMS/FAO 2013), variaciones endocrinológicas (Godínez et. al 2002; Marcano et. al 2006), predisposición genética (Tejero 2008), la promoción de ambientes obesogénicos (Muñoz-Cano et. al 2012; Moreno-

Altamirano et. al 2014); mientras que su prevalencia suele relacionarse a cambios en la dieta alimenticia (Jackson et. al 2004), sedentarismo (Rosado Cipriano et. al 2011), lactancia materna (Saavedra y Dattilo 2012) entre otros.

2.3.1. Causas de la obesidad

2.3.1.1. *La Transición Nutricional*

La transición nutricional es un proceso complejo sobre el cual convergen el desarrollo económico de una sociedad, la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad, la erradicación de enfermedades infecciosas y el aumento de las expectativas de vida; las cuales tienen como consecuencia variaciones en las actitudes alimentarias de los individuos (Popkin 1993).

La adopción de políticas económicas de libre mercado en países en vías de desarrollo ha sido asociada al proceso de transición nutricional (Popkin 1994). La eliminación de las barreras comerciales y el uso de mala prácticas competitivas como el dumping (Oxfam 2005)⁴ ha permitido el acceso a una mayor disponibilidad de alimentos - en su mayor parte sometido a procesos de industrialización- lo que no necesariamente determina una alimentación adecuada.

La transición nutricional establece dos modelos claramente condicionados por el crecimiento económico, el índice de desarrollo humano (IDH) y el nivel de ingresos que percibe los individuos: (a) El modelo occidental que se caracteriza por su transición gradual y

⁴ Al respecto en el año 2004, artistas de la talla de Michael Stipe (R.E.M), Thom Yorke (Radiohead), Chris Martin (Coldplay), Susana Baca entre otros, protagonizaron una campaña para obtener condiciones más justas de comercio de productos agrícolas en los países sub-desarrollados. Para mayor información: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2004/nov/28/internationalaidanddevelopment.ethicalliving>

que agrupa a países con un alto nivel de ingresos (Europa, USA, Japón, Australia, Nueva Zelanda) y (b) El modelo de países con medianos y bajos ingresos (Ex repúblicas soviéticas, Asia, América Latina) que se caracterizan por una transición nutricional acelerada y la aparición de problemas como la malnutrición, el desbalance energético, la coexistencia del sobrepeso y el déficit de peso. (López y Carmona 2005)

Asimismo, la transición nutricional identifica cinco estadios determinados por la evolución de las preferencias alimenticias, la aparición de enfermedades no transmisibles y el aumento de factores de riesgo a la salud como el sobrepeso y la obesidad tal como puede observarse en la Tabla 02. (Popkin 1994; López y Carmona 2005)

Dentro del contexto latinoamericano, el Perú se encuentra en un proceso de reducción de la desnutrición y avanza hacia la adopción de dietas con un alto contenido de grasas saturadas, azúcares, carbohidratos y bajas en grasas poliinsaturadas y fibras; que acompañada de un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo de prevalencia del sobrepeso y la obesidad (INEI 2007)

Tabla 02
Estadios del modelo de Transición Nutricional:

Estadio de transición nutricional	Característica
Recolección de alimentos	Sociedades cazadoras-recolectoras. Dieta alta en carbohidratos, fibra y baja en grasas (especialmente en grasas saturadas). Baja esperanza de vida debido a la alta tasa de infecciones.
Hambruna	La dieta menos variada debido a la escasez de alimentos y trae como consecuencia el desarrollo de la agricultura. Mortalidad alta e inestable. La hambruna continuó hasta mediados del s. XVIII en Europa y aún persiste en ciertas zonas del África.

Estadio de transición nutricional	Característica
Reducción de la hambruna	Incremento del consumo de frutas, vegetales y proteínas animales en detrimento de alimentos con alto contenido de almidón (harinas)
Enfermedades degenerativas	Adopción de dietas con un alto contenido de grasas saturadas, azúcares, carbohidratos y bajas en grasas poliinsaturadas y fibras, acompañada de un estilo de vida sedentario. Incremento de la obesidad y aparición de enfermedades no transmisibles (ENT).
Cambios en el comportamiento	Las sociedades en este estadio toman conciencia del problema y modifican sus hábitos alimenticios a fin de disminuir la aparición de ENT y aumentar la esperanza de vida. Dieta caracterizada por una mayor ingesta de frutas, vegetales, carbohidratos de cadena larga y bajo consumo de alimentos refinados y carnes. Los cambios conductuales se deben a una combinación de políticas públicas y el estudio del comportamiento de los consumidores.

Nota. Elaboración propia.

2.3.1.2. Variaciones Endocrinológicas

En el tejido adiposo se distinguen dos grandes tipos de tejido, el tejido adiposo blanco y el tejido adiposo marrón. Ambos tejidos presentan diferencias no solo en cuanto a coloración sino también en morfología, distribución, genes y función. Su proporción en el cuerpo puede variar en respuesta a factores como el frío, el calor, la obesidad, la edad, género, etnia entre otros. (Marcano et. al 2006)

El tejido adiposo marrón participa en la regulación del metabolismo y tiene la capacidad de generar calor en el organismo mediante reacciones metabólicas (termogénesis), siendo abundante en los animales que hibernan. En el caso de los humanos es común encontrarlo en recién nacidos, lactantes y niños disminuyendo a medida que pasan los años (en los adultos presupone el 1% de la masa corporal).

El tejido adiposo marrón se encuentra ubicado en la parte central e interna del cuerpo humano, de manera que el calor producido por la termogénesis calienta la sangre que irriga los órganos vitales. Se encuentra constituido por adipocitos con altas concentraciones de lípidos que envuelven el núcleo celular y una gran cantidad de mitocondrias; que le dan la coloración parda característica y la capacidad oxidativa necesaria para disipar la energía contenida.

En contraposición, el tejido adiposo blanco aparece en los primeros estadios del embarazo y va desarrollándose rápidamente en los primeros años de vida y de forma continua con el paso de los años. Está conformado por adipocitos que contienen una sola gota grande de aceite y mitocondrias. La principal función de este tipo de tejido es controlar la ingesta de energía y su distribución de la misma a los demás tejidos.

Además de funcionar como depósito de energía, el tejido adiposo blanco posee una actividad secretora y endocrina, que produce una serie de sustancias hormonales y no hormonales (adipocinas) que tienen como función la regulación de la presión arterial, la homeostasis vascular y de glucosa, el metabolismo lipídico e intermediario, la angiogénesis, la reproducción y la osteogénesis.

Sin embargo, cuando existe un aumento de estas sustancias circulantes y el tejido adiposo no logra almacenar más, estas moléculas se dirigen al sistema muscular y se acumulan ahí, produciendo resistencia a la insulina.

Dentro de las adipocinas secretadas se encuentra la adiponectina, la cual está relacionada directamente con la producción de insulina; ya que es capaz de reducir la producción hepática de glucosa. Se observa en las personas obesas niveles bajos de adiponectina lo que conlleva directamente a una disminución de la producción de insulina o en su defecto, a usarla de manera ineficiente (hiperinsulinemia) (Elisondo et al. 2008)

La adiponectina también posee propiedades antiaterogénicas y antiinflamatorias. Cuando existe obesidad, el tejido adiposo segrega cantidades elevadas de adipocinas, con lo que se constituye un ambiente pro-inflamatorio. El incremento de la secreción de adipocinas constituye el riesgo de aparición de enfermedades metabólicas como la diabetes o la aterosclerosis (endurecimiento de las arterias); riesgos que la adiponectina se encarga de reducir gracias a su acción sobre los componentes celulares de la pared vascular de las arterias y las venas. (Manzur et. al 2010)

Otra de ellas es la leptina, una molécula asociada a la regulación de la sensación de saciedad. La leptina, además de su función como regulador del apetito, es importante en la estimulación del gasto energético, la maduración sexual, fertilidad, la formación de glóbulos rojos (hematopoyesis) y la actividad del eje hipotálamo - hipófisis – gónadas. (Marcano et. al 2006).

Las altas concentraciones de leptina en el cuerpo tienen relación con un aumento en las proporciones de tejido adiposo, el IMC y el porcentaje de grasas. Se podría pensar que a mayor proporción de leptina las personas obesas el apetito y la ingesta de alimentos estarían controladas. Sin embargo sucede lo contrario, las personas obesas presentan mayor resistencia a la acción de la molécula y por lo tanto, fallan al momento de controlar y modular el peso.

Se considera que la resistencia a la leptina sucede porque a mayor cantidad de tejido adiposo blanco en el cuerpo, mayor es la predisposición de alterarse los receptores cerebrales como resultado de una reacción en el transporte de leptina hacia el cerebro; teniendo como resultado el aumento de apetito exagerado (hiperfagia).

2.3.1.3. Predisposición Genética

La evidencia científica revela que los factores genéticos tienen participación en el desarrollo de la obesidad entre el 30% al 40% de los casos clínicamente identificados no solo en sus formas monogénicas sino también en la obesidad común. (López & Rodríguez 2008).

Si bien la obesidad se manifiesta como una condición heterogénea de carácter multifactorial debido a la influencia de factores ambientales, de conductas y socioeconómicos; el patrón hereditario resulta complejo de entender debido a que los factores ambientales pueden favorecer o demorar su desarrollo, motivo por el cual es necesario aplicar diversos factores metodológicos como el uso de ratones de laboratorio.

En 1949, un grupo de investigadores del Jackson Memorial Laboratory (Bar Harbor, Maine) identificaron en una colonia de ratones, un defecto genético que era el causante de la obesidad mórbida y de la diabetes tipo II en ratones endogámicos que comen continuamente (ratones ob/ob).

Los ratones ob/ob son indistinguibles de sus hermanos de camada en las primeras etapas de su vida, pero logran aumentar su peso a lo largo de toda su vida, alcanzando un peso tres veces superior al de los ratones normales para luego fallecer antes de cumplir el año de vida. Debido a que a solo se encontró esta mutación en el 25% de la colonia de ratones, se consideró al gen ob como recesivo. (Ingalls et al. 1950). Estos descubrimientos fueron complementados con estudios similares logrando identificarse otra mutación clásica del ratón de laboratorio que imita el gen ob de los ratones obesos, la mutación diabetes (db) en el cromosoma 4. (Benavides & Guénet 2003).

Los hallazgos explicados anteriormente fueron utilizados para que en 1991 sea posible identificar la posición y secuencia del gen ob del ratón obeso en su homólogo humano, lo que llevo al descubrimiento de la leptina como la causante de esta mutación. (Friedman et. al 1991)

Sin embargo, a pesar que las investigaciones en los últimos años nos han otorgado un mayor conocimiento de la importancia de los factores genéticos en la prevalencia de la obesidad, aún no tenemos una mayor comprensión acerca de su funcionamiento. Asimismo, se tiene evidencia que la predisposición a la obesidad y sus efectos son más frecuentes entre los individuos genéticamente relacionados que en aquellos no relacionados.

De acuerdo a su etiología genética, la obesidad suele clasificarse en monogénica, sindrómica y poligénica, las cuales pasamos a explicar a continuación:

a) Obesidad monogénica: La obesidad monogénica es originada por un gen único disfuncional. Representan un pequeño número de casos severos que aparecen en la niñez y se acompañan de diferentes trastornos neuroendocrinos, del desarrollo y la conducta.

Aproximadamente el 7% de la obesidad infantil severa de inicio temprano es originada por mutaciones monogénicas, lo que significa que menos de 0.01% de la población mundial, por lo que se debe considerar estas mutaciones como raras. (Tejero 2008)

Entre los principales genes implicados en la obesidad monogénica debe considerarse los desórdenes de leptina, el receptor de leptina, pro-opiomelanocortina (POMC) y el receptor 4 de melanocortina (MC4R), todas ellas implicadas con el buen funcionamiento del hipotálamo y en la regulación de la homeostasis de energía en humanos.

De todas ellas, la obesidad relacionada con MC4R es el más frecuente tipo de obesidad monogénica severa de la niñez y de inicio precoz. Los individuos afectados por este desorden se caracterizan por un incremento de talla, peso corporal, IMC, grasa y un incremento significativo de la densidad mineral ósea, probablemente como consecuencia de una hiperinsulinemia precoz (Miguel et. al 2009); mientras que en los casos generados por deficiencia a la leptina ha sido descrito solo en individuos de origen paquistaní y turco con alta consanguinidad (Tejero 2008)

b) Obesidad sindrómica: Existe aproximadamente 30 síndromes cromosómicos que presentan a la obesidad como parte de su cuadro clínico, el cual generalmente va acompañado de retardo mental, dismorfías y otras características. Las formas mejor caracterizadas se encuentran los síndromes de Prader Willi, Laurence-Moon-Bardet-Biedl, osteodistrofia hereditaria de Albrigh, síndrome de Adler, síndrome de X frágil, síndrome de Borjeson-Forssman-Lehman, síndrome de Cohen, entre otros. (Tejero 2008).

Determinar el origen de la obesidad en niños que sufren estos síndromes resulta difícil, aunque se tiende a creer que el desarrollo del exceso de adiposidad proviene del medio ambiente en el cual crecen (instituciones especializadas); pero al menos cuatro síndromes acompañan el cuadro de obesidad con una severa hiperfagia y fallos hipotalámicos, lo que lleva a pensar que tienen un origen a nivel del sistema nervioso central (Bell et al. 2005).

De todos los síndromes anteriormente mencionados, el síndrome de Prader- Willi se presenta como la más común al sufrirla 1 entre 25 000 personas y es un desorden autosómico dominante caracterizado por la obesidad, actividad fetal reducida, hipotonía muscular al nacimiento, estatura baja, hipogonadismo, retardo mental, manos y pies pequeños e hiperfagia, que se desarrolla entre los 12 y 18 meses de edad; esto debido a diversas anomalías presentes en el cromosoma 15 (Tejero 2008).

Por su parte el síndrome de Laurence-Moon-Bardet-Biedl se debe a mutaciones surgidas en los cromosomas 16 y 15 lo que lleva a que las personas detectada con esta anomalía sufran de distrofia retiniana, obesidad, polidactilia, hipogenitalismo y retraso mental; y en menor proporción de insuficiencia renal, espasmos, sordera nerviosa, anomalías cardíacas y diabetes mellitus, esta última debido a la resistencia a la insulina por parte de los cromosomas mencionados (Riise 1996).

c) **Obesidad Poligénica:** Al contrario de la obesidad monogénica, la obesidad poligénica está constituida por diversas alteraciones genéticas y que suelen ser la forma más frecuente de obesidad. La obesidad común se considera como parte de la obesidad poligénica que resulta de la interacción del genoma con el ambiente, cuya consecuencia es el exceso de grasa en el cuerpo humano.

A la fecha, se tiene identificados más de 120 genes que han sido asociados en forma inconsistente a fenotipos relacionados con la obesidad, como la composición corporal, gasto de energía, distribución de grasa corporal, etc. (Tejero 2008) en un número no menor de 200 casos, aunque es probable que a medida que se avance con las investigaciones el número de casos aumente sustancialmente (Bouchard & Rankinen 2005).

La identificación de los genes tiene como finalidad el cimentar una base que ayude a entender el fenómeno de la mutación genéticas, el desarrollo de nuevas terapias y la mejora de nuevos enfoques que ayuden a la prevención personalizada según el diagnóstico realizado.

Asimismo la evidencia sugiere que la interacción entre el medio ambiente y los genotipos puede variar dependiendo del grupo étnico al cual se pertenezca, siendo los grupos afroamericano y el hispano quienes presentan una mayor incidencia en desarrollar obesidad. (López & Rodríguez 2008)

2.3.1.4. Promoción de Ambientes Obesogénicos

Tradicionalmente se ha considerado que el sobrepeso y la obesidad es un problema de individuos aislados y por lo tanto las estrategias han sido dirigidas a abordar el problema desde la perspectiva que las personas son “gordas porque quieren serlo”.

Este paradigma ha cambiado en los últimos años; las nuevas estrategias para prevenir el incremento de la obesidad de la población se ha centrado en los avances farmacológicos, la disminución de la asimetría de información y en el cambio de conductas y hábitos alimenticios; lo que ha llevado a un éxito limitado. Lo cierto es que para comprender “por qué comemos lo que comemos” requiere un gran entendimiento del tiempo, espacio, relaciones sociales, culturales y de la naturaleza que rodea a la población sujeta a la intervención. (Lake & Townsend 2006)

Por lo tanto, se puede definir a los ambientes obesogénicos como el resultado de la suma de influencias generadas por el entorno, las oportunidades y las condiciones de vida que favorecen el desarrollo de la obesidad u el sobrepeso en los individuos y sus poblaciones. (Swinburn & Egger 2002).

Debido a la naturaleza compleja de las relaciones entre el medio ambiente y la población que lo rodea, puede resultar simplista y ajeno a los fines de la investigación clasificar estos entornos como favorables o desfavorables para la salud debido a que aún se necesitan mayores investigaciones para determinar los niveles de interacción de los individuos y su medio ambiente. Por lo tanto resulta necesario utilizar la clasificación de Swinburn et al. para describir el medio ambiente en términos micros (escuela, centro laboral, barrio, etc.) que están influenciados por términos macros (sistema político, políticas gubernamentales, actitudes y creencias) (Swinburn et al. 1999)

Uno de los aspectos más resaltantes de los ambientes obesogénicos es la construcción del medio ambiente, el cual consiste de tres elementos: diseño físico, el uso y disposición de las zonas construidas (residencias, oficinas, locales de comercio, industrias, áreas verdes) y los sistemas de transportes que conectan estas zonas. Existe evidencia que demostraría una mayor prevalencia a la obesidad en las zonas urbanas que en las zonas rurales; especialmente

en aquellas con menores áreas verdes. En efecto, los bajos niveles de contacto con la naturaleza que tienen los habitantes urbanos inciden en una mayor presencia de patologías sociales y problemas de salud que los grupos rurales; mientras que un mayor contacto con la naturaleza tiene un impacto positivo en la presión sanguínea, disminución del colesterol en la sangre, mejores actitudes respecto al cuidado del cuerpo y la salud así como reducción del stress este colectivo (Martínez et al. 2016).

No menos importante a la construcción del medio ambiente resultan las normas socioculturales que gobiernan estos espacios y la situación socioeconómica de los individuos que viven en estos entornos. En el año 2007, el Reino Unido introdujo The Obesity System Map; una compilación exhaustiva de los determinantes ambientales de la obesidad y sus interrelaciones. El mapa muestra claramente la complejidad de los factores que favorecen la obesidad vinculándola al desarrollo urbano, las conductas de consumo individual y global, los ingresos de sus habitantes, la media, etc. (Swinburn et al. 2011)

2.3.2. Prevalencia de la Obesidad

2.3.2.1. *Cambio en la dieta alimenticia.*

Los especialistas en materia de salud han advertido que el consumo desmedido de los alimentos industrializados tiene un impacto en el aumento de la obesidad y sobrepeso debido al tener en su composición nutricional una alta densidad calórica (OMS 2013). Sin embargo, resulta incorrecto afirmar que una mayor ingesta de alimentos con alto contenido energético tenga incidencia en el aumento de la obesidad.

El consumo de dietas con un alto contenido energético no es exclusivo de nuestro tiempo sino que se remontan a los albores de la historia. Cordain L. et al. en el año 2002 estudiaron

los hábitos de consumo en sociedades cazadoras-recolectoras – dentro las cuales incluyeron sociedades del Paleolítico - y establecieron que el 65% de la energía obtenida provenía del consumo de carne mientras que el 35% restante era obtenido del consumo de vegetales, lo que demuestra que las sociedades cazadoras-recolectoras tenían un consumo de alimentos con un alto porcentaje de grasas y proteínas (una dieta propensa a la obesidad) mayor que los índices occidentales actuales.

Paradójicamente el estudio reveló que en estas sociedades existía una menor riesgo de enfermedades cardiovasculares y por lo tanto una menor prevalencia de obesidad, por lo cual dedujeron que esto se debía a la actividad física producto del estilo de vida así como a la existencia dentro de su dieta de una mayor variedad de ácidos grasos poliinsaturados y ácidos grasos monosaturados (ω 3, ω 6 y ω 9) que las dietas actuales, lo cual disminuiría la posibilidad de contraer enfermedades cardiovasculares.

El trabajo de Cordain L. et al. (2002) puede ser contrastado con las investigaciones realizadas por Murphy N.J. et al. (1995, 1997) sobre los cambios dietéticos observados entre los nativos de Alaska (Yup'ik y Atabascanos) y el estudio de Bjerregaard P. et al. (2002) dirigido a probar la existencia de relación entre la occidentalización⁵ y obesidad entre los nativos de Groenlandia (Inuit), debido a la naturaleza cazadora –recolectora de ambas sociedades.

La investigación de Murphy N.J. et al. (1995, 1997) se centró en estudiar los cambios dietéticos de los indios Yup'ik y Atabascanos y su relación con el aumento de las tasas de

⁵ Se conoce como occidentalización al proceso que sufre un país o región debido a la asimilación de elementos como la moda, el sistema político, la tecnología, la economía, estilo de vida, el consumo así como los valores y tradiciones propios de los países occidentales (Europa y Estados Unidos)

obesidad, la intolerancia a la glucosa, la hipertensión y su relación con el sobrepeso entre los miembros de estas poblaciones.

Para ello se investigó la composición de la dieta de los nativos de Alaska antes de los contactos con la civilización occidental, arrojando como resultado que el 95% de la obtención de proteínas era originado por el consumo de pescado, alce, caribú y mamíferos marinos, siendo la base primaria de la alimentación.

Sin embargo los primeros contactos de los indios Yup'ik y Atabascanos con la civilización occidental en el s. XVIII trajeron cambios en los hábitos alimenticios. El consumo de carbohidratos que se mantenía entre el 3% al 5% antes del contacto, se elevó al 31% en 1961; mientras que en 1978 constituían el 50% del total de la obtención de energía, con una mayor incidencia en el consumo de alimentos con bajo contenido nutricional y de bebidas procesadas. Esta afirmación fue comprobada a partir del análisis de la frecuencia de consumo de alimentos “indígenas” y “no indígenas”

La Tabla 03 demuestra una mayor frecuencia de consumo de proteínas no indígenas, carbohidratos no indígenas - asociados a las harinas, snacks y arroz/patatas- y grasas entre los indios Yup'ik con edades comprendidas entre los 30 a 60 años. Un patrón similar puede encontrarse entre los indios Atabascanos, donde puede encontrarse que la ausencia del consumo de aceite de foca tiene incidencia en la prevalencia de obesidad.

Tabla 03

Comparación de la frecuencia diaria de alimentos por porcentaje de indios Atabascanos (n=208) e indios Yup'ik (n=853) con euglicemia que consumen estos productos como fuente dietética.

Ítem alimenticio	Yup'ik	Atabascanos
Proteínas indígenas		
Alce/caribú	6.100	27.00
Foca/morsa	2.300	0.400
Salmón/pescado	19.10	9.600
Aves silvestres	4.300	1.900
Castor	1.800	1.400
Proteínas no indígenas		
Carne/cerdo	1.600	5.300
Pollo/huevos	6.300	15.40
Leche/queso	9.500	10.60
Chili/espaguetti	1.500	3.300
Carbohidratos indígenas		
Mousefood	0.200	0.000
Patata esquimal	0.300	0.000
Vegetales silvestres	2.100	0.000
Bayas	12.50	1.400
Carbohidratos no indígenas		
Pan de piloto	30.10	31.40
Pan blanco	31.60	43.00
Donas/cake	2.900	3.800
Gaseosas	9.000	18.80
Dulces	6.800	5.300
Tang/Hi-C	23.70	35.20
Patatas/arroz	30.50	42.00
Cereales	5.800	11.10
Grasas indígenas		
Aceite de foca	19.10	0.000
Grasas no indígenas		
Mantequilla/margarina	50.70	50.70
Grasas	19.70	31.80
Frituras	3.200	7.200

Nota. Traducción libre. Recuperado de Dietary change and obesity associated with glucose intolerance in Alaska Natives. (Murphy, N.J et. al 1995) Copyright 1995. Reimpreso con permiso del Journal of the American Dietetic Association.

Los estudios concluyeron que las tasas de hipertensión eran más frecuentes entre los indios Atabascanos que entre los indios Yup'ik y estaba definido por las expectativas de vida, la

frecuencia del consumo de alimentos que no conformaban parte de la dieta indígena, el sedentarismo, el sobrepeso y la intolerancia a la glucosa.

El trabajo de Bjerregaard P et al. (2002) que tiene como foco de estudio a los indios de Groenlandia y sus migrantes establecidos en Dinamarca arrojó como resultado que la occidentalización de los inuit en Groenlandia no ha incrementado de manera sustancial las proporciones de obesidad.

Los investigadores descubrieron que el Índice de Masa Corporal (IMC) y la grasa abdominal disminuían a mayores niveles de occidentalización. Si bien entre los hombres inuit la medición del IMC, cinturas y caderas tenían pequeñas variaciones, estas eran visibles entre las mujeres inuit. Las mujeres inuit con un grado de occidentalización intermedia reflejaban un alto IMC como una mayor circunferencia de caderas y cinturas que las mujeres y migrantes inuit con un alto grado de occidentalización.

Esto se debe a que los inuit valoran positivamente la obesidad y la relacionan con su patrimonio cultural, el trabajo que desempeñan, el bajo consumo de tabaco y el consumo de dieta marina; y explicaría porque a pesar de la disminución de la obesidad entre los miembros más occidentalizados, los inuit siguen teniendo una medición del IMC entre los 25.5 kg. /m² y 25.1 kg. /m² lo que representa un índice de pre-obesidad.

Asimismo, el estudio de Bjerregaard P. et al (2012) demuestra que las variaciones existentes en la medición del IMC y las proporciones corporales no fueron causadas por aspectos cualitativos ni cuantitativos de la dieta, por lo cual se inclina a pensar que el principal problema de la obesidad es generado por factores ambientales y culturales.

Esta disparidad entre ambos estudios nos sugiere que las dietas con alto contenido energético son parte de la vida diaria y surge como consecuencia de nuestro pasado como sociedad cazadoras-recolectoras, sin embargo la adopción de dietas con un alto contenido de

grasas saturadas, azúcares, carbohidratos en detrimento de las grasas poliinsaturadas y fibras (Álvarez et al. 2012) se debe a procesos socio culturales como la occidentalización y a la necesidad evolutiva de buscar alimentos de rápida asimilación y que sea de gusto agradable al organismo, como es el caso del azúcar y la grasa (Jackson et. al 2004) lo cual ha llevado a la persistencia de malos hábitos alimenticios.

2.3.2.2. *Disminución de la Actividad Física*

La investigación realizada por Rosado Cipriano et al. en el año 2011 para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares del Cercado de Lima halló una prevalencia de 22% (132/600) de sobrepeso y un 22,8% (137/600) de obesidad en una población de 600 niños cuyas edades comprendían entre los seis a diez años de edad. (Figura 04).

Este hallazgo trajo a discusión el rol de la actividad física en las últimas décadas, señalando como una de las posibles causas de que haya mayor obesidad en niños y adolescentes la práctica de juegos sedentarios (uso de videojuegos de consolas y juegos de computadora) y al aumento de las horas de consumo televisivo. En ese sentido, el estudio de CONCORTV (2014) registra un consumo de 2 horas y 25 minutos de lunes a viernes por parte de los menores peruanos, aumentando el consumo ligeramente los fines de semana y feriados.

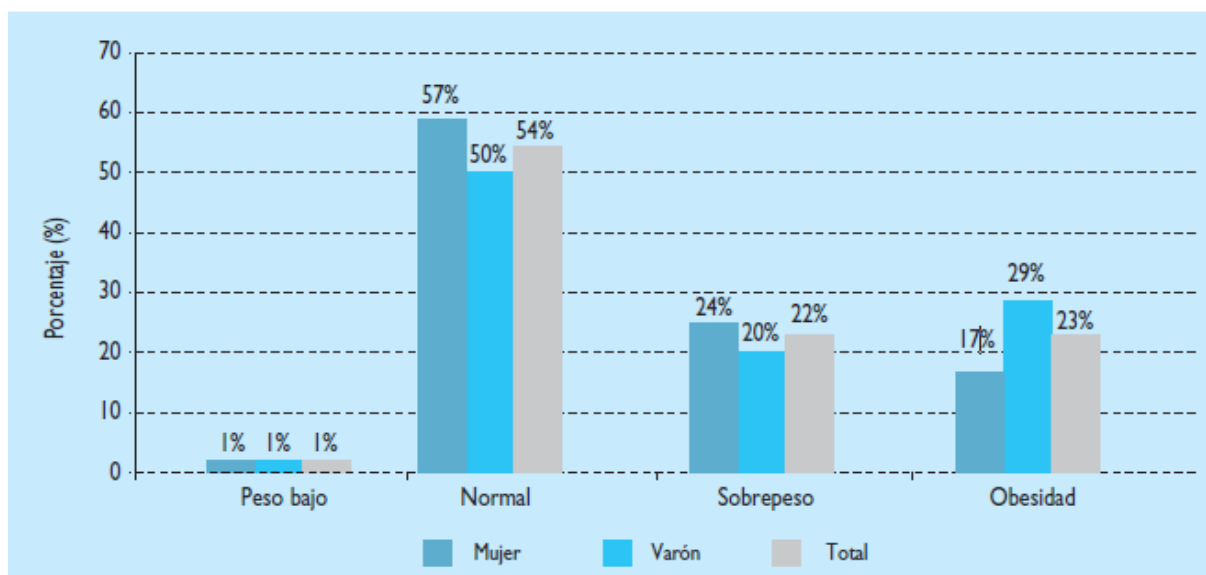


Figura 4. Distribución del estado nutricional según sexo en escolares, Cercado de Lima. Rosado Cipriano et. al (2011). Copyright 2011 por Rev. Soc. Peru. Méd. Interna. Reimpreso con permiso.

No solo el consumo de tecnología es una de las causas que potencian el sedentarismo, tenemos así que la carga laboral, los cambios de actitudes individuales sobre la actividad física, la existencia de menos áreas de recreación y el crecimiento urbano favorece la disminución de la actividad física; por lo que se hace necesario crear y estimular un estilo de vida activo que ayude a compensar la disminución del esfuerzo físico producto de una sociedad industrializada. (Aráguiz 2004).

Asimismo, los padres de familia ejercen una gran influencia en los hábitos de práctica deportiva de sus hijos, siendo más probable que un niño haga deporte cuando su padre o madre son practicantes y se le es facilitado el apoyo a nivel económico, logístico y motivacional (García-Ferrando 2006).

Al respecto Cantallops et al. (2012) llevaron una investigación en la isla de Mallorca (España) para determinar la relación entre el nivel de estudios de los padres/madres, el nivel socioeconómico de las familias, el tipo de deporte practicado por sus hijos adolescentes y su incidencia en el sobrepeso y la obesidad.

Los resultados arrojaron que si bien las familias con un poder adquisitivo medio-bajo son las que presentan un mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad que las familias con un nivel socioeconómico medio-alto; estas últimas presentan posibilidades de ocio tecnológicas que favorecen el sedentarismo de los hijos. Respecto al tipo de deporte practicado (federado o no federado), existía una diferencia significativa entre los índices de obesidad y sobrepeso respectivamente. Esto puede explicarse debido a que los deportes federados exigen una mayor continuidad a lo largo de la temporada, mayor intensidad en las sesiones de entrenamiento y el cumplimiento de un fixture lo cual favorece a que los adolescente que realizan tal actividad física tengan menos posibilidades de padecer obesidad y sobrepeso.

Por otro lado, los beneficios de la actividad física conllevan a una disminución del riesgo cardiovascular, del riesgo de obesidad, diabetes mellitus e intolerancia a hidratos de carbono, osteoporosis, enfermedades mentales (ansiedad, depresión) y determinados tipos de cáncer (colon, mama y pulmón); aunque para la relación inversa entre actividad física y cáncer la evidencia no es tan abundante ni uniforme (Varo et. al 2003); a la vez que mejora la calidad de vida en personas de la tercera edad (Salinas et. al 2010)

2.3.2.3. *Lactancia Materna*

Se define como lactancia materna a la ingesta directa de leche materna, lo que excluye el consumo de cualquier otro alimento que no sea el que se deriva del pecho materno al menos durante los primeros seis meses de vida del niño. (Morán et. al 209)

La lactancia constituye la base biológica y psicológica única para el desarrollo del niño debido a que influye tempranamente en el aprendizaje de sabores, preferencias alimentarias y en las prácticas de alimentación establecidas por partes de los padres.

Se ha demostrado que ciertos alimentos consumidos por la madre durante la gestación están presentes en el líquido amniótico y otros muchos consumidos poco después del nacimiento y a lo largo de la lactancia (como el ajo, anís, menta, vainilla entre otros) pueden pasar a través de la leche materna y ser detectados por los recién nacidos en la leche (Saavedra & Dattilo 2012). Esta exposición proporciona las primeras lecciones de sabor al infante lo que aumentan la probabilidad de aceptación de cierto tipo de alimentos con un sabor similar luego del destete.

Diversos estudios demuestran que la lactancia materna tiene un efecto protector contra la malnutrición por exceso (Jarpa et. al 2015), previene la incidencia de enfermedades infecciosas durante la infancia (Calzado et. al 2000; Morán et. al 2009)

Asimismo, Saavedra & Dattilo (2012) llegan a la conclusión de que los lactantes alimentados con leche materna tienen menos riesgos de sobrepeso en comparación de los lactantes tratados con fórmulas infantiles y/o sucedáneas debido a que la composición de la leche materna determina la programación de los procesos metabólicos en el lactante y modula el número y tamaño de los adipocitos.

2.4. La Obesidad y el Derecho a la Salud

2.4.1. Marco Constitucional del Derecho a la Salud

El derecho a la salud es un derecho de segunda generación dirigido a garantizar el bienestar social de los ciudadanos. Su reconocimiento en la historia de los derechos humanos es posterior a los derechos civiles y políticos; y se caracteriza por estar condicionada a la situación económica de cada país.

Su reconocimiento según el Tribunal Constitucional Peruano [STC 3081-2007-PA/TC] tiene como fuente el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, de donde se recoge los siguientes instrumentos internacionales:

- a) La Declaración Universal de los Derechos Humanos (Aprobada por resolución legislativa 13282 del 15 de diciembre de 1959), artículo 25.1
- b) El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Ratificado bajo instrumento de adhesión de fecha 12 de abril de 1978, depositado el 28 de abril de 1978), artículo 12.
- c) El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas ha precisado el contenido normativo del artículo 12 (Observación General N° 14 (E/C.12/2000/4)).
- d) La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, en Bogotá, 1948); artículo XI
- e) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado por el Perú el 4 de junio de 1995), artículo 10.

Así, la Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; mientras que El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, señala que el derecho a la salud comprende el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

El Estado Peruano - siguiendo la línea establecida por el Derecho Internacional en materia de derechos a la salud - reconoce constitucionalmente el derecho a la protección de la salud y se atribuye el deber de contribuir a su promoción y defensa; especialmente de aquellas

personas incapacitadas debido a deficiencias físicas y mentales. Igualmente la Constitución Política obliga al Estado Peruano a dirigir el diseño y la conducción de la política nacional de salud además de facilitar de un acceso libre y equitativo a los servicios de salud.

Por lo tanto, se puede inferir de lo anteriormente expresado que el derecho a la salud para el Estado Peruano es un derecho convencionalmente programático debido a que su reconocimiento se encuentra incluido dentro de los derechos de carácter social y económico; y limitadas a la inversión estatal. Sin embargo este tipo de derechos pueden ser exigibles políticamente, y encontrar satisfacción de acuerdo a la coyuntura gubernamental vigente. (Quijano & Munares 2016)

En ese sentido, podemos encontrar que las principales limitaciones de carácter económico que impiden lograr al derecho a la salud alcanzar su dimensión como derecho fundamental tienen que ver con la educación, saneamiento, pobreza, estado de salud, gasto en salud, la cantidad de profesionales dedicados a este ámbito, infraestructura, sistema de salud, cobertura del sistema de salud entre otros (Rojas G. & Flores K. 2007); las cuales se pueden visualizar en la Tabla 04.

A pesar de las limitaciones económicas y sociales expuestas en el cuadro anteriormente señalado, estas no han sido obstáculo para que el Tribunal Constitucional haya desarrollado pequeños avances respecto al derecho a la salud tanto en su recepción como exigencia jurídica de primer orden, como en la ampliación de su ámbito de protección real. (León Florián 2014)

Tabla 04

Principales limitaciones de carácter económico que impiden la cobertura universal del derecho a la salud. Perú

Indicador	Detalle
Población	Según INEI, en el año 2016, la población del Perú era de 31 millones 488 mil 625 habitantes. Los hombres representan, el 50,1% y las mujeres, el 49,9%.
Pobreza	Según INEI, en el año 2016 el 20,7% de la población total del país se encontraba en condición de pobreza. De los cuales el 3,8% (1 millón 197 mil) se encontraba en condición de pobreza extrema. El costo de la canasta mínima alimentaria por persona se cifro en S/. 328.00 soles.
Educación	Según INEI, en el año 2014, el 6.3% de la población del país no sabe leer. El analfabetismo masculino es de 3,1% y el femenino, de 9,6%. En las zonas rurales, el analfabetismo masculino es de 7,7%, y el femenino llega al 24,7%
Agua y Saneamiento	Según INEI, en el año 2016, el 86,1% de la población peruana accede a agua por red pública, (67,1% agua potable y el 19,0% agua no potable) mientras que el 72,6 % de la población del país accede a la red pública del alcantarillado.
Nutrición	Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), en el año 2016 la desnutrición crónica en los niños menores de cinco años fue de 18,0%; la desnutrición global fue 4,3%; la desnutrición aguda fue 1,4%, el sobrepeso fue de 6,1% y la obesidad fue de 1,5%. La anemia en este grupo alcanzó un 40,2%.
Gasto en Salud	Según el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2016 bordeó los 139,000 millones de soles; destinándose al Sector Salud el 9,7% del Presupuesto.

Indicador	Detalle
Número de Profesionales de la Salud	Según el Registro Nacional de Personal de la Salud en el Perú, en el año 2015 existía una densidad de 12.2 médicos, 12.8 enfermeros, 4.6 obstetras y 1.85 odontólogos por 10,000 habitantes
Número de establecimientos de salud	Según el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (RENAES), en el año 2013 fueron registrados 16292 establecimientos de salud. Siendo el 40,21% puestos de salud.
Cobertura de Salud	Según INEI, en el año 2014 el 29,8% de la población peruana, especialmente la más pobre y vulnerable, está excluida del sistema de seguro de salud. El Seguro Integral de Salud (SIS) cubre alrededor del 41,2%, el Seguro Social de Salud (EsSalud) cubre el 23,2% y otros seguros el 5,8% restante.

Nota. Elaboración propia. Fuentes. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y Ministerio de Salud (MINSA)

2.4.2. Principios establecidos por el Tribunal Constitucional entorno al Derecho a la Salud

El Tribunal Constitucional ha establecido una serie de principios dirigidos a orientar el entendimiento de la salud. Durante su desarrollo jurisprudencial el TC ha reconocido a la salud como derecho autónomo, delimitado los alcances de su cobertura, ordenado la aplicación del principio de solidaridad y estableció al principio de equidad sanitaria como principio orientador de la política pública en salud. (Rojas & Flores 2007; León Florián 2014; Quijano & Munares 2016)

2.4.2.1. *El derecho a la salud como un derecho autónomo:*

El TC en este sentido ha evolucionado al dejar de considerar el derecho a la salud como un derecho fundamental relacionado al derecho a la vida [Exp. 2945-2003-AA/TC; Exp. 1429-2002-HC/TC] a considerar el derecho a la salud como un derecho que goza de un grado de autonomía [Exp. 2016-2004-AA/TC] puesto que no depende para su realización de otros derechos fundamentales, sino que el mismo derecho en sí responde a exigencias propias; las cuales están sometidas a la disponibilidad de medios con que cuente el Estado.

En ese sentido, el TC recomienda la aplicación de medidas concretas al Estado Peruano a través de iniciativas legislativas o la ejecución de políticas públicas con la finalidad de satisfacer el derecho a la salud en la población; especialmente cuando se encuentran comprometidas las funciones vitales de la persona.

2.4.2.2. *Delimitación de exigencias de cobertura:*

El TC a lo largo de sus sentencias ha recurrido a estándares internacionales para comprobar el grado de las exigencias dirigidas a la protección del derecho a la salud [Exp. 3081-2007-PA/TC]

Por otro lado, el TC ha recurrido al uso de las fuentes del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y de documentos, informes y recomendaciones de organismos internacionales como la OMS. Así por ejemplo, en el caso 5,000 ciudadanos contra el artículo 3º de la Ley N° 28705 - Ley general para la prevención y control de los riesgos del consumo de tabaco [Exp. 0032-2010-PI/TC], el TC sustentó la obligación estatal de reducir el consumo

del tabaco a partir del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, aprobado por Resolución Legislativa N° 28280–MINSA, publicada el 17 de julio de 2004.

Igualmente el TC ha sustentado la necesidad de ampliar la cobertura en materia de salud y así conseguir una mayor equidad sanitaria, mediante el uso del financiamiento público y el principio de solidaridad, teniendo en cuenta el Informe de la Organización Mundial de la Salud, titulado La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal (2010) [Exp. 0033-2010-PI/TC].

En ese ámbito, el TC no solo ha actuado a favor de establecer cobertura a pacientes con VIH, que no cuentan con los recursos necesarios para llevar enfrentar la enfermedad en condiciones de dignidad [Exp. 2945-2003-PA]; sino que impone la obligación al Estado de priorizar la atención en salud a las personas en condición de pobreza y pobreza extrema, debido a la dificultad de este colectivo de autorrealizarse por los costos excesivos a los que se encuentran sometidos ante el sufrimiento de una enfermedad [Exp. 0033-2010-PI/TC].

2.4.2.3. Aplicación del Principio de Solidaridad:

El Tribunal ha visto la necesidad de reconocer a la salud como un bien público cuya protección no solo es competencia del Estado, sino de la sociedad en su conjunto.

En ese sentido, el alcance del derecho a la salud se encuentra determinado por un sinnúmero de variables sociales; el cual obliga a la sociedad – en virtud del principio de solidaridad – hacerse también responsable de colaborar en la superación de estos obstáculos que impiden a las personas gozar de buena salud.

De esta forma, el TC ha interpretado bajo la aplicación de este principio, que es deber de toda persona contribuir con el cuidado de la salud:

“En relación con los problemas de salud que el tabaco genera en el hogar, los demandantes han sostenido que las prohibiciones normativas cuestionadas no son proporcionadas, pues no harán sino agravar tales problemas. En efecto, en la demanda se manifiesta lo siguiente: «prohibiendo el consumo de tabaco en lugares exclusivamente para fumadores, de acceso público o restringido, se está promoviendo de forma indirecta que aumente el consumo en los hogares de los fumadores, único espacio que les quedará para su consumo. [...]»

Existen dos razones fundamentales por las que el Tribunal Constitucional no puede compartir este criterio de los demandantes. En primer lugar, porque existen razones empíricas que permiten constatar que las conclusiones a las que arriban son falsas. [...] La segunda razón por la que este colegiado discrepa del planteamiento de los demandantes es porque en él subyace una falta de reconocimiento del deber que también compete a los privados, y singularmente a los padres de familia, en la debida promoción de los valores constitucionales.

En efecto, la pregunta de los recurrentes en el sentido de que ante las prohibiciones cuestionadas, «¿quién va a proteger al resto de los habitantes del hogar de la exposición al humo del tabaco?», pareciera sugerir que ante la decisión por parte del legislador de prohibir el consumo del tabaco —en ánimo de proteger el derecho fundamental a la salud y de cumplir las obligaciones internacionales asumidas en este sentido— en los locales públicos cerrados, se estaría obligando inevitablemente a los padres a fumar en sus casas, perjudicando seriamente la salud de sus hijos e incentivándolos a incursionar en esta actividad adictiva. Esta perspectiva olvida que, de conformidad con el artículo 6º de la Constitución «[e]s deber de los padres [...] educar [...] a sus hijos» y que conforme al artículo 38º de la Constitución, «[t]odos los

peruanos tienen el deber de [...] respetar, cumplir y defender la Constitución», lo cual exige asumir que todo padre tiene el deber constitucional de no llevar a cabo en el hogar conductas que puedan violar el derecho fundamental a la salud de sus hijos»

Es evidente que, salvo en circunstancias absolutamente excepcionales, no compete al Estado subrogarse a los padres en la protección de los hijos, pues incurriría en una violación de la autonomía de decisión familiar (artículo 6° de la Constitución) y de la intimidad familiar (artículo 2°, inciso 7, de la Constitución); paradójicamente, eso sí que constituiría una medida paternalista injustificada en el Estado Constitucional.

[Exp. 0032-2010 PI/TC]

El principio de solidaridad no solo implica el desarrollo de valores constitucionales dirigidos al cuidado de la salud, sino también la solidaridad de los ciudadanos en su calidad como contribuyentes, a fin que el Estado pueda obtener recursos que le ayuden a planificar e implementar un sistema de aseguramiento universal:

Como ya se ha expuesto, la moderna concepción de los derechos sociales implica que no solo constituyan obligaciones de hacer del Estado, sino de toda la sociedad en su conjunto; por ello, la doctrina ha empezado a denominarlos deberes de solidaridad.

En una sociedad democrática y justa, la responsabilidad por la atención de los más necesitados no recae solamente en el Estado, sino en cada uno de los individuos en calidad de contribuyentes sociales. Es así como adquieren mayor sentido las sanciones jurídicas frente al incumplimiento de estos deberes, por ejemplo, las sanciones que se imponen ante la omisión del pago de impuestos, pues justamente a través de ellos se garantiza la recaudación y una mayor disponibilidad presupuestal para la ejecución de planes sociales. [Exp. 2945-2003-PA]

Es bajo este razonamiento que el TC estableció en el caso del Aseguramiento Universal en Salud [Exp. 0033-2010-PI/TC] que el Estado podía incluir a la sociedad en su conjunto con la finalidad de incrementar los recursos dirigidos a mejorar el sistema de salud a favor de las personas más necesitadas. (León Florián 2014).

2.4.2.4. Principio de equidad sanitaria

El Tribunal Constitucional define el principio de equidad sanitaria como:

“La ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud a lo largo de poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica y geográficamente” [Exp. 0033-2010-PI/TC]

Asimismo, el TC establece que el principio de equidad sanitaria se encuentra recogida en el artículo 09 de la Constitución Política del Perú, puesto que corresponde al Estado “facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”.

Sin embargo el Tribunal advierte que no toda desigualdad constituye una afectación al principio de equidad sanitaria, sino solo aquellas desigualdades enraizadas en causas sociales y el Estado no hace nada por evitarlas.

Según el desarrollo jurisprudencial del Tribunal Constitucional [Exp. 0033-2010-PI/TC], el principio de equidad sanitaria tiene las siguientes características:

- a) Se debe buscar la equiparación del goce del nivel más alto de salud física y mental, enfrentando las desigualdades sociales que afectan la posibilidad de gozar de buena salud. Esto abarca la aplicación de políticas dirigidas a mejorar la educación y atención desde la primera infancia; mejora de entornos urbanos y rurales saludables; prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno; protección social a lo largo de la vida;

atención universal de salud, políticas y programas sanitarios equitativos; financiamiento, deuda y ayuda internacional equitativa; responsabilidad de los mercados y los sectores privados; equidad de género; expresión y participación políticas; y gobernanza mundial eficaz.

- b) Ha de considerarse en el principio de equidad sanitaria, el reconocimiento de la interdependencia de los derechos fundamentales y, por lo tanto, la posibilidad de disfrutar equitativamente de ellos, especialmente de los que tienen incidencia en el goce del derecho a la salud como el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.
- c) El principio de equidad sanitaria, garantiza la posibilidad de acceder a los servicios de salud de modo integral, esto es, con prestaciones que supongan la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, en condiciones adecuadas de calidad, oportunidad, aceptabilidad y accesibilidad física y económica.

Es preciso, además, que la persona pueda acceder físicamente al servicio (lo que supone la presencia cercana y suficiente de centros de salud), y que sea tratada con atenciones que efectivamente prevengan o recuperen su salud (lo que supone la provisión de servicios de calidad), además de ser ética y culturalmente aceptables (lo que exige, por ejemplo, el desarrollo de procedimientos de salud intercultural).

- d) El principio de equidad en salud supone el respeto al principio de no discriminación en la provisión de los servicios médicos; exigiéndose la igualdad de trato.
- e) Por último, el principio de equidad en salud exige también una asignación de recursos para la salud y una distribución equitativa de dichos recursos.

Reconocida la centralidad de la salud en las posibilidades humanas de afrontar una vida digna, la única forma de brindar a todas las personas (dadas las diferencias de recursos económicos entre ellas) un acceso adecuado a los servicios de salud es asignar recursos amplios a este sector, sea a través de la solidaridad de todos los residentes en el país (por medio de impuestos), o de la solidaridad de los usuarios de salud (a través de aportes).

2.4.3. Avances del Tribunal Constitucional en torno al Derecho a la Salud

El trabajo jurisprudencial del Tribunal Constitucional (TC) entorno al derecho a la salud en nuestro país ha sido escaso, intermitente y poco abarcativo (VIH, salud mental, problemas medio ambientales entre otros). A la fecha, lamentablemente el TC no se ha pronunciado respecto al sobrepeso y la obesidad.

Por otro lado, el Código Procesal Constitucional (CPC) establece que la vía adecuada para solicitar la protección del derecho a la salud es el proceso de amparo. (art. 38 inc. 24) y establece un plazo de sesenta días hábiles de producida la afectación para interponer la demanda; de no haber sido eso posible, el plazo se computará desde el momento de la remoción del impedimento. (art. 44)

Asimismo el CPC exige que el amparo proceda previo agotamiento de las vías previas, excepto cuando haya dudas sobre el agotamiento y/o exista la amenaza de violación o peligro real del derecho a la salud por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona.

Dentro del ámbito del proceso de amparo, podemos destacar la labor jurisprudencial del TC en casos como la entrega de retrovirales para el tratamiento del VIH [Exp. 2945-2003-PA; Exp. 2016-2004-AA/TC], exigir la atención médica y hospitalización permanente e indefinida en casos de salud mental [Exp. 3081-2007-PA/TC; Exp. 02480-2008-PA/TC], y la entrega de servicios de diálisis hasta que no se resuelva lo contrario por disposición de

funcionario competente mediante resolución debidamente motivada [Exp. 7231-2005-PA/TC].

Sin embargo, la vía del amparo no es el único medio para solicitar la protección al derecho a la salud. El Tribunal Constitucional establece que también puede exigirse su protección mediante el proceso de cumplimiento:

[...] Si bien los derechos a la salud y a un medio ambiente equilibrado y adecuado no podrían ser protegidos «directamente» mediante el proceso de cumplimiento, sí pueden ser tutelados de modo «indirecto», siempre y cuando exista un mandato claro, concreto y vigente, dispuesto en una ley o un acto administrativo, que se encuentre indisolublemente ligado a la protección de tales derechos fundamentales. [Exp. 2002-2006-PC/TC]

Según el CPC, el proceso de cumplimiento tiene como finalidad exigir al funcionario o autoridad pública renuente: a) Dé cumplimiento a una norma legal o ejecute un acto administrativo firme; o b) Se pronuncie expresamente cuando las normas legales le ordenan emitir una resolución administrativa o dictar un reglamento. (art. 66)

Dentro del desarrollo jurisprudencial del Tribunal Constitucional, se ha podido ver el uso de la acción de cumplimiento en el Caso Pablo Fabián Martínez y otros [Exp. 2002-2006-PC/TC] con el fin de exigir la implementación de sistemas de emergencias para atender la salud en caso de contaminación por plomo.

Esta exigencia fue declarada como fundada debido a la existencia de normativa que garantiza la aplicación del principio precautorio ante este tipo de casos como la Ley General de Salud - Ley 26842, la Ley General del Ambiente- Ley 28611, el Reglamento de Estándares Nacionales de Calidad Ambiental del Aire - Decreto Supremo 074-2001-PCM, entre otra normativa menor de carácter administrativo.

2.5. La obesidad y su desarrollo jurisprudencial en la Región

Al no existir en nuestra jurisprudencia nacional casos relativos al sobrepeso y la obesidad, debemos dirigirnos al desarrollo jurisprudencial de la región. En este caso nos limitaremos a estudiar la experiencia de la Corte Constitucional Colombiana y la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina

2.5.1. Experiencia de la Corte Constitucional Colombiana

La Constitución Política de Colombia de 1991, considera a la salud como un servicio público a cargo del Estado y por lo tanto le corresponde el deber de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a sus ciudadanos; así como fiscalizar la prestación de servicios de salud por entidades privadas conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. (Art. 44)

Sin embargo dentro de su actividad jurisprudencial, la Corte Constitucional Colombiana (CCC) ha establecido que la salud debe ser entendida como un derecho fundamental en el caso de menores de edad⁶ [Sentencia N° T-402/92]. Igualmente extiende su protección constitucional a todos sus ciudadanos al considerar la salud como un derecho fundamental autónomo, el cual está limitado por los principios de razonabilidad y proporcionalidad [Sentencia N° T-760/08]:

El derecho a la salud [...] es un derecho complejo, tanto por su concepción, como por la diversidad de obligaciones que de él se derivan y por la magnitud y variedad de

⁶ Algunos derechos, por ser inherentes a la persona humana son fundamentales (v. gr. derecho a la vida, libertad de locomoción etc.). Otros, no son fundamentales para algunas personas, pero sí para otras que se encuentran en circunstancias específicas u ostentan determinada condición: es el caso del derecho a la salud que, no siendo inherente a la persona, tampoco es derecho fundamental ni tiene aplicación inmediata, pero que, tratándose de los niños, sí adquiere carácter fundamental (CP arts. 44 y 50). [Sentencia N° T-402/92]

acciones y omisiones que su cumplimiento demanda del Estado y de la sociedad en general. La complejidad de este derecho, implica que la plena garantía del goce efectivo del mismo, está supeditada en parte a los recursos materiales e institucionales disponibles. [Sentencia N° T-760/08]

En ese sentido, la CCC ha reconocido que el acceso a los procedimientos quirúrgicos relacionados con la obesidad mórbida, hipotiroidismo e hipertensión arterial aunada a otras patologías –también conocidos como cirugía bariátrica – debe ser incluido como parte de la cobertura establecida por el derecho a la salud al estar dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS)⁷; lo cual no implica que la Aseguradora de Salud solicite a cambio el derecho de obtener el reembolso de lo gastado [Sentencia N° T-264/03].

Entre los años 2006 y 2012, la CCC sentenció alrededor de cuarenta y dos (42) casos de acción de tutela que solicitaban el acceso a la cirugía bariátrica como tratamiento contra la obesidad; de los cuales el 78,5% de los procedimientos fue aprobado. Esto significó una tasa de incremento de aprobación anual de 19 % desde el 2006 hasta alcanzar el 100 % de aprobación durante los años 2010 y 2011. (Cuesta-Nova et al. 2015).

Además, el trabajo de Cuesta-Nova et al (2015) establece que los principales argumentos considerados por la Corte Constitucional Colombiana para admitir la acción de tutela y sentenciar a favor de los demandantes fueron en mayor medida:

- a) La protección del derecho autónomo y fundamental a la salud (72,7 %),

⁷ El Plan Obligatorio de Salud (POS) era una lista de procedimientos garantizados al usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. De no estar incluido el tratamiento, este debía estar autorizado por un comité técnico científico (CTC) y pagado con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). El POS fue derogado en febrero del 2017 con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria de Salud que permite a los médicos - de acuerdo a su autonomía - formular lo que consideren pertinente para la salud de sus pacientes. Para mayor información ver: <http://www.rcnradio.com/nacional/hoy-se-acaba-colombia-plan-obligatorio-salud-pos/>

- b) La inclusión del procedimiento descrito como bypass gástrico para cirugía bariátrica en el POS bajo la denominación de anastomosis del estómago en «Y» de Roux (72,7 %)
- c) El aval del procedimiento por un médico especialista (72,7%);

Por otro lado, los argumentos aceptados en menor medida por la Corte Constitucional fueron:

- a) El gran riesgo de morbilidad asociado al alto grado de obesidad (36,4 %),
- b) La ineficacia de terapias convencionales incluidas en el POS (33,3 %)
- c) La presentación de pruebas de incapacidad económica (22,4 %).

Finalmente, los argumentos que fueron asociados con la negación del acceso a la cirugía bariátrica fueron dos: falta de agotamiento de alternativas disponibles en el POS (77,8 %) y falta de cumplimiento de los requisitos para la prestación de servicios fuera del POS (66,7%).

2.5.2. Experiencia de Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina

La reforma constitucional argentina del año 1994 no recoge de forma específica el derecho a la salud. Sin embargo se establece que las declaraciones, derechos y garantías que enumeradas en la Constitución no deben ser entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumeradas; pero que nacen del principio de soberanía del pueblo y la forma republicana de gobierno. (Art. 33)

Del mismo modo, la reforma del año 1994 otorga jerarquía de carácter constitucional a una serie de tratados internacionales y regionales entre los que se encuentran: la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Sobre los Derechos del Niño, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (Art. 75, inc. 22) los cuales recogen el derecho a la salud.

Independientemente de ello, la Constitución Argentina establece que los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho - dentro del desarrollo de una relación de consumo - a la protección de la salud. Para el cumplimiento de esta asignación, la Constitución establece que las autoridades deben proveer educación para el consumo, promover las asociaciones de consumidores y de usuarios; así como fiscalizar la calidad y eficiencia de los servicios públicos y generar marcos regulatorios (Art. 42)

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha incluido al derecho a la salud como parte del derecho a la vida y obliga al Estado a tomar las medidas pertinentes para garantizar este derecho y cumplir con lo dispuesto por los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional:

Que a partir de lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (artículo 75, inciso 22, de la ley suprema), ha reafirmado en recientes pronunciamientos el derecho a la preservación de la salud - comprendido dentro del derecho a la vida - y ha destacado la obligación impostergable que tiene la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga [Asociación Benghalensis y otros, Fallos: 323:1339]

Este planteamiento será reafirmado por la CSJN en el caso Campodónico de Beviaqua Ana Carina [Fallos: 323:3229], el cual de manera unánime establece el principio de solidaridad entre el Estado federal y local, la obligación del Estado de procurar la satisfacción del derecho a la vida – y por ende de la salud física y mental – mediante la implementación de acciones positivas adecuadas y el uso máximo de los recursos disponibles con la finalidad

de cumplir con los compromisos asumidos ante la comunidad internacional en materia de derechos sociales (Ariza-Clerici, 2004; Damsky 2006).

En el caso Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social) [Fallos: 324:754], la CSJN ha reforzado el ejercicio del poder de policía del Estado para la reglamentación del derecho a la salud a fin de poder adoptar las medidas necesarias para la prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas endémicas, profesionales y de otra índole.

Que el Estado está facultado para intervenir por vía de la reglamentación en el ejercicio de ciertas industrias y actividades a efecto de restringirlo o encauzarlo en la medida que lo exijan la defensa y el afianzamiento de la salud, la moral y el orden público (Fallos: 318:2311), a lo que debe añadirse que este Tribunal tiene dicho reiteradamente que los derechos constitucionales no son absolutos, sino que se encuentran limitados por las leyes que reglamentan su ejercicio (Fallos: 268:364, entre muchos otros). [Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social); Fallos: 324:754]

En el caso Peña de Marques de Iraola, Jacoba María c/ Asociación Civil Hospital Alemán. [Fallos 325: 677] la Corte estableció que en los casos donde los contratos de prestación médica con cláusulas predisuestas presenten dificultades de entendimiento y sean imprecisas en cuanto sus alcances de cobertura, prevalece la interpretación más favorable para el demandante debido a los valores inmersos: la vida y la oportuna atención médica.

Tenemos así que entre los años 1999-2011, la CSJN sentenció diez (10) casos en los que el sobrepeso y la obesidad estuvieron implicados; de los cuales cuatro se relacionaron con el tratamiento de la obesidad (tres relacionados a errores médico y solo uno al pago de cirugía

bariátrica) y seis ligados a la dignidad social de la persona con obesidad. (Krayem-Arbex, 2011).

Por otro lado, luego de analizarse el fallo de las sentencias de la CSJN en materia de sobrepeso y obesidad se demostró un empate técnico entre las sentencias fundadas e infundadas. Para Krayem-Arbex (2011) esto demostraría de manera clara que la Corte no ha mostrado prejuicios favorables o contrarios a las causas relacionadas con la obesidad. Asimismo llama la atención que los casos ocurrieron antes de la entrada en vigor de la Ley de Trastornos alimentarios (Ley 26.396) y la inclusión de la obesidad dentro del Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales argentino (Resolución 742/2009)⁸.

2.6. El Mensaje que nos deja el Segundo Capítulo

El presente capítulo ha desarrollado de forma detallada las causas que favorecen la aparición del sobrepeso y la obesidad en la población. La obesidad resulta ser un factor determinante para la aparición de enfermedades como el cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y problemas cardiovasculares; además de generar variaciones genéticas y endocrinológicas en las personas afectadas por este problema.

Asimismo, las tasas de sobrepeso y obesidad a nivel mundial han aumentado progresivamente en los últimos años afectando la salud de la población especialmente a los niños en edad preescolar donde las tasas de prevalencia bordean alrededor del 30%.

Debido al carácter multifactorial que rodea a la obesidad y la rapidez que avanza entre los sectores más vulnerables de la población, se considera a la obesidad como una enfermedad de

⁸ Aunque a la fecha no se ha registrado más casos de obesidad sentenciados por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, se observa un aumento de casos dirigidos a solicitar cobertura para cirugía bariátrica en las principales Cámaras Federales de Apelaciones del país.

alcances epidémicos. Ante esta compleja situación, el Estado está obligado a intervenir con el fin de garantizar la salud y el bienestar social de las personas en virtud a los diversos acuerdos internacionales suscritos.

Esta intervención, sin embargo, está limitada por una serie de reglas de carácter constitucional debido al carácter programático de este tipo de derechos. En efecto, la principal característica del derecho a la salud es la progresividad con el que se implementa su cobertura.

Lamentablemente, el desarrollo constitucional en nuestro país respecto a los alcances de la cobertura de servicios dirigidos a proteger la salud de las personas es escaso y no ha recibido hasta el momento casos relativos al problema de obesidad y nos lleva a estudiar cómo se aborda este tipo de casos en la región.

En países como Argentina y Colombia la normativa en materia de salud incluye a la obesidad dentro de su capa de cobertura primaria. Esta cobertura hace constitucionalmente exigible el acceso a la cirugía bariátrica como parte del tratamiento esencial dirigido a proteger el derecho a la salud y por extensión del derecho fundamental a la vida.

Eso no sucede en el caso peruano. El Tribunal Constitucional considera al derecho a la salud como un derecho autónomo sujeto a una serie de principios que limitan las exigencias de cobertura, destacando en este ámbito los principios de equidad y solidaridad.

Del mismo modo, la Ley de la Modernización de la Seguridad Social en Salud- Ley 26790 y su Reglamento – D.S. 009-97-SA; establece una capa de cobertura primaria muy limitada que debe garantizar toda empresa aseguradora de salud pública o privada; dentro de las cuales no se considera a la obesidad y enfermedades asociadas como parte de la cobertura esencial.

En la práctica, los programas de salud ofrecidos por las aseguradoras cubren gran parte de las enfermedades no incluidas en la capa simple pero a expensas de la disponibilidad

financiera de los asegurados, lo cual genera situaciones de trato excluyente e inequitativo especialmente entre las personas de bajos recursos para conseguir el acceso al tratamiento de enfermedades consideradas dentro de la capa de cobertura compleja. (Wilson et al. 2009)

En vista de ello, en el año 2009 se promulgó la Ley “Marco de Aseguramiento Universal en Salud” - Ley N° 29344 y al año siguiente su Reglamento – D.S. N° 008-2010-SA; lo cuales buscan extender el aseguramiento en salud de la población existente en el territorio y así garantizar la calidad, atención y cobertura de enfermedades mediante la prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo los avances a la fecha han sido exiguos, siendo el principal reto la implementación del Plan Esencial de Atención de Salud. (Petrera 2014)

Hasta aquí hemos visto como el Estado garantiza el tratamiento de la obesidad mediante la protección constitucional del derecho a la salud. Ahora pasaremos a ver en el siguiente capítulo, como el Estado amplía su protección constitucional mediante la aplicación de medidas precautorias con el fin de disminuir las tasas de sobrepeso y obesidad.

CAPITULO III

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS ADOPTADAS POR EL PERÚ Y LA REGION

PARA COMBATIR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

3.1. La Lucha contra el Sobrepeso y la Obesidad

Luego de estudiar a profundidad en el Capítulo I los factores que intervienen en el desarrollo y prevalencia de la obesidad ahora queda mucho más claro que el medio ambiente y la sociedad influyen de manera determinante en el consumo y gasto de energía; y que a largo plazo puede modificar los mecanismos fisiológicos que ayudan a mantener el peso estable.

Debido a este tipo de influencias sociales y medioambientales, las personas son susceptibles de ser afectadas por factores genéticos, endocrinológicos y biológicos sobre los cuales se tiene poco o ningún control. Asimismo debido a su asociación con diversas enfermedades como las dislipidemias, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de cáncer; se considera a la obesidad como un problema de salud pública

Por ello, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han elaborado una serie de propuestas preventivas a sus estados miembros con la finalidad de disminuir las tasas de obesidad en niños y adolescentes.

Entre las principales recomendaciones entregadas por los organismos internacionales mencionados se puede destacar: la restricción normativa de la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a niños (OMS 2010b), la promoción de la actividad física, la

prevención de enfermedades no transmisibles mediante la atención pre-gestacional, la aplicación de programas que promuevan entornos ambientales saludables, entre otros. (OMS 2000; OPS 2011, 2015)

Del mismo modo, diversos países de la región han adoptado una serie de medidas dirigidas a combatir la obesidad mediante el establecimiento de impuestos a las bebidas y alimentos azucarados (México), el uso de semáforos nutricionales en el etiquetado (Ecuador), aumento en la restricción de prácticas publicitarias e inclusión de advertencias de consumo (Perú, Chile) hasta la colaboración multisectorial con el fin de disminuir el uso de sales, azúcar y grasas en los alimentos industrializados.

Visto el panorama general de las recomendaciones de los organismos internacionales y las medidas adoptadas por los países de la región, pasaremos a explicarlas de forma detallada; haciendo hincapié en las regulaciones dirigidas a restringir la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas procesadas dirigidas a menores de edad.

3.2. Recomendaciones establecidas por la OMS

La OMS (2000) considera que los principales objetivos de una política contra el sobrepeso y la obesidad es modificar los factores dietéticos y los patrones de actividad física de las personas. Por lo tanto, la OMS recomienda a sus estados miembros que antes de adoptar una política contra el sobrepeso y la obesidad, tome en cuenta lo siguiente:

- a) Los elementos del entorno social, cultural, político, físico y estructural que influyen en el estado de peso de una comunidad o población en general.
- b) Establecer programas dirigidos a intervenir a individuos y grupos con alto riesgo de obesidad y enfermedades relacionadas.

c) Establecer protocolos de tratamiento para aquellos individuos que sufren de obesidad.

Asimismo la OMS establece que la institución encargada de combatir el sobrepeso y la obesidad deberá adecuar sus estrategias siguiendo los niveles de obesidad previstos por la clasificación del IMC y centrarse en: Prevenir el aumento de peso; promover el mantenimiento del peso, tratar las comorbilidades de la obesidad y promover la pérdida de peso

3.2.1. Adopción del Enfoque Preventivo

Existe una serie de razones por el cual las estrategias preventivas resultan ser más fáciles de instalar, menos costosas y más eficaces que tratar la obesidad una vez desarrollada completamente.

En primer lugar la obesidad es un problema que se desarrolla con el tiempo y es difícil de tratar, generando grandes costos para el Sistema de Salud. Un estudio de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) demostró que en el año 2014 Los costos totales derivados del sobrepeso y la obesidad, se estimaron en 493 millones de dólares en Chile, 1.746 millones en Ecuador y 7.314 millones en México. (CEPAL 2017)

La obesidad afecta especialmente la salud y la calidad de vida de niños y adolescentes, especialmente entre los niños menores de cinco años. Los niños con obesidad tienen mayor probabilidad de seguir siendo obesos en la edad adulta y corren el riesgo de sufrir enfermedades no transmisibles. (OMS 2000).

Finalmente, la existencia de prejuicios sociales, estereotipos de género entorno a la obesidad y actitudes negativas por parte de los profesionales de la salud, obligan la intervención del Estado para corregir este estigma social que atribuye la condición de obesos una nula capacidad de autocontrol de sus impulsos, falta de voluntad, fealdad y glotonería;

dificultando así el ámbito de convivencia, la pérdida de autoestima y fracaso escolar.
(SEEDO 2000; Rivas 2015)

Tabla 05

Costo Total del sobrepeso y la obesidad en Chile, Ecuador y México en el año 2014 (en millones de dólares)

	Chile	Ecuador	México
Costo en Salud	385	1623	6431
a) Costo público	330	1497	6134
b) Costo privado	55	126	297
Costo en Productividad	108	123	883
a) Mortalidad Prematura	75	37	354
b) Ausentismo	33	86	529
Total	493	1746	7314
% del PIB	0,2 %	1,7 %	0,6 %

Nota. Recuperado de El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y económico. Síntesis del estudio piloto en Chile, Ecuador y México. Copyright 2017. Reimpreso con permiso de CEPAL

Sin embargo, la prevención de la obesidad no solo debe enfocarse en evitar que los individuos con un peso normal se conviertan en obesos. También implica la prevención de la obesidad en individuos que sufren de sobrepeso y evitar el aumento de peso de las personas que han sufrido de sobrepeso u obesidad con anterioridad.

Debido a las razones y variables anteriormente mencionadas, la OMS (2000) recomienda que toda estrategia dirigida a combatir el sobrepeso y la obesidad deba enfocarse en tres niveles de prevención:

a) Prevención a nivel de Salud Pública: También conocida como prevención universal. Este tipo de intervención tiene como finalidad estabilizar el nivel de obesidad en la población, reducir la incidencia de nuevos casos y reducir la prevalencia. El objetivo

principal de este nivel de prevención es reducir el peso medio de la población así como mejorar la dieta promedio y reducir el riesgo de obesidad en la población.

Este tipo de enfoque preventivo resulta eficaz y rentable cuando la prevalencia de obesidad y sobrepeso es extremadamente alta y gran parte de la población se encuentra expuesta al riesgo.

b) Prevención Selectiva: Este tipo de medidas están dirigidas a subgrupos poblacionales con alto riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad. Los subgrupos de alto riesgo se caracterizan por factores genéticos, biológicos u otros asociados a la prevalencia de la obesidad. Su intervención es de carácter temporal y los plazos pueden ser extendidos de acuerdo a las necesidades y la complejidad del caso.

Las estrategias de prevención selectiva, pueden aplicarse en colegios, centros de trabajo, centros comunitarios, centros comerciales o postas médicas dirigidas a la atención primaria. El objetivo de estas intervenciones es mejorar el conocimiento y las habilidades del subgrupo poblacional para que puedan hacer frente de manera efectiva a los factores que provocan la prevalencia y el desarrollo de la obesidad.

c) Prevención dirigida: Este tipo de enfoque preventivo está dirigido a las personas afectadas por el sobrepeso y la obesidad y aquellos que están en camino a ser obesos de acuerdo a los marcadores biológicos asociados a la producción de grasa.

Por lo tanto, el objetivo principal de la prevención dirigida es mantener los niveles de sobrepeso y obesidad de las personas intervenidas y reducir los casos que desarrollen comorbilidades relacionadas a la obesidad como la hipertensión o la diabetes mellitus.

Los niveles de prevención anteriormente descritos pueden tener objetivos diferentes, pero son totalmente complementarios; y así evitar el aumento del sobrepeso y la obesidad en la población.

3.2.2. Políticas de intervención

Si bien en el año 2000 la OMS hizo referencia a la necesidad de ejecutar campañas de salud pública y políticas de intervención regulatoria para modificar el ambiente obesogénico; fue recién en el año 2010 que dentro del marco del Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles, la OMS propuso de manera metodológica la aplicación de intervenciones preventivas para lograr disminuir el número de muertes y discapacidades provocadas por las ENT⁹.

El enfoque metodológico propuesto por la OMS (2010a) usa el principio del costo-beneficio para evaluar las mejores opciones de intervención sanitaria a nivel individual y a nivel poblacional.

3.2.2.1. Políticas de intervención sanitarias a nivel individual:

Las políticas de intervención sanitarias a nivel individual se encuentran enfocadas al tratamiento de personas que ya padecen de enfermedades no transmisibles o que corren el riesgo de desarrollarlas.

Las intervenciones sanitarias a nivel individual propuestas por la OMS (2010a) están dirigidas a tratar enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias. Por el carácter prolongado de las enfermedades no transmisibles, estas

⁹ En el año 2013, la OMS lanzó “El plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles” (2013-2020) con la finalidad de reducir en un 25% la tasa de mortalidad global por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas. Para mayor información:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf

intervenciones sanitarias deben constituirse como un objetivo a largo plazo por todos los países.

Por otro lado, las intervenciones establecidas por la OMS (2010a) pueden resultar efectivas y su coste puede ser variado. Por ejemplo, las intervenciones dirigidas hacia la consejería y la aplicación de chequeos de salud en personas menores de 30 años con el fin de evitar la aparición de enfermedades cardiovasculares y diabetes, pueden ser muy efectivas, de bajo costo y de fácil implementación si su radio de acción es pequeño; sin embargo si el nivel de cobertura se amplía puede resultar muy oneroso.

Asimismo, la mejora de niveles de información respecto al uso de medicamentos existentes en el mercado y sujetos a la venta sin prescripción médica para prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles - como el uso de la aspirina para la prevención del infarto de miocardio - puede ayudar a disminuir los costos de atención por urgencias en hospitales; especialmente entre los países de ingresos bajos y medios.

3.2.2.2. Políticas de intervención a nivel poblacional

Para la OMS el uso de intervenciones a nivel poblacional dirigidas a prevenir el sobrepeso y la obesidad no solo deben ser asequibles sino también deben ser costo-efectiva.

Bajo esta consigna, la OMS en el año 2010 calificó a las siguientes intervenciones a) reducción de la ingesta de sal y contenido de sal de los alimentos, b) reemplazar las grasas trans de los alimentos con grasas poliinsaturadas, y c) uso de los medios de telecomunicación para promover la actividad física y la alimentación saludable; como los mejores candidatos para ser aplicados a nivel poblacional por ser muy rentables, de bajo costo y altamente realizables.

El informe de la OMS (2010a) consideró como medidas de efectividad y costo variables: a) la utilización de impuestos y subsidios a la comida, b) ofrecer asesoramiento en la atención primaria, c) proporcionar educación sanitaria en centros de trabajo, promover la alimentación saludable en las escuelas, d) restringir la publicidad y el marketing dirigido a niños y adolescentes y e) reemplazar la grasa saturada con grasa insaturada. El informe recomienda que antes de la implementación normativa de estas intervenciones, primero deban generarse más investigaciones al respecto.

Asimismo, la OMS (2010b) publicó el “Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños”, con el fin de proponer a los estados miembros:

La elaboración de mecanismos dirigidos a reducir el impacto que tiene sobre los niños, la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal dirigido a los niños. (OMS 2010b, p. 8).

Para lograr este cometido, los estados miembros pueden optar por el uso de métodos integrales (restricción total) o métodos progresivos (restricciones graduales y adecuadas al contexto) que limiten la publicidad y las prácticas publicitarias de alimentos y bebidas considerados como no saludables.

En el 2014 la OMS estableció la Comisión para acabar con la obesidad infantil a fin de examinar las estrategias existentes y ampliarlas para cumplir con sus objetivos. La Comisión publicó en el 2016 un informe que contiene una lista de directrices para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad.

Dentro de las directrices se sugiere la aplicación de impuestos sobre las bebidas azucaradas, la elaboración de perfiles de nutrientes para la adecuada identificación de los

alimentos y bebidas alcohólicas, la aplicación del etiquetado con el contenido nutricional entre otros (OMS 2016b).

3.2.3. Semáforo Nova

El sistema NOVA para la clasificación de alimentos es una metodología propuesta por un equipo de investigación de la Universidad de Sao Paulo en Brasil (Monteiro et al. 2016) y que ha servido de base para cambiar la Guía alimentaria para la población brasileña al incluir recomendaciones dirigidas a disminuir el consumo de alimentos considerados como ultra procesados. (MS 2015)

El sistema NOVA alcanzo reconocimiento internacional debido a que fue utilizado como marco conceptual en un informe expuesto por la OPS/OMS en el 2015. Este informe analizó la venta de alimentos en tiendas minoristas y locales de comida rápida en 13 países de América Latina entre los años 2000 y 2013, así como los factores socio económicos que las determinan y su relación con el aumento, control y prevención de la obesidad y enfermedades no transmisibles.

Según el informe “Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas”:

El sistema NOVA clasifica los alimentos y los distintos tipos de alimentación según la naturaleza, finalidad y grado de procesamiento industrial, en lugar de clasificarlos en términos de nutrientes y tipos de alimentos. [OPS/OMS 2015, p. xiii]

Por lo tanto, la clasificación utilizada por el sistema NOVA comprende los siguientes grupos alimenticios.

a) Alimentos sin procesar o mínimamente procesados: Los alimentos sin procesar son alimentos obtenidos directamente de plantas o animales que no han sido sometidos a proceso industrial y que han sido distribuidos poco después de la cosecha, recolección o matanza.

Los alimentos mínimamente procesados son alimentos sometidos a una intervención industrial mínima para proceder a su limpieza, remover partes no comestibles, prolongar su duración, facilitar su uso y preparación o darle un sabor más agradable.

Los procedimientos considerados como de intervención mínima se encuentra el secado, trituración, molienda, fraccionamiento, filtración, tostado, ebullición, pasteurización, refrigeración, congelación, colocación en envases, envasado al vacío o fermentación sin alcohol. Para mantener su condición de mínimo procesamiento no se le debe añadir sustancias como sal, azúcar, aceites, grasas o saborizantes al alimento original. Dentro de este grupo se encuentra los siguientes alimentos:

Legumbres, verduras, frutas, papa, yuca y otras raíces y tubérculos naturales o envasados, troceados, refrigerados o congelados; arroz blanco, integral o parbolizado, a granel o envasado; maíz en grano o en espiga, granos de trigo y de otros cereales; frijoles de todos los colores, lentejas, garbanzo y otras leguminosas; champiñones frescos o secos; frutos secos, jugos de frutas y jugos de frutas pasteurizados y sin adición de azúcar u otras sustancias; castañas, nueces, cacahuetes y otras oleaginosas sin sal ni azúcar; clavo, canela, especias en general y hierbas frescas o secas; harinas de yuca, de maíz o de trigo y pastas frescas o secas hechas con esas harinas y agua; carnes de vaca, de cerdo y de aves y pescados frescos, enfriados o congelados; leche pasteurizada, ultra pasteurizada (de larga vida) o en polvo, yogur (sin adición de azúcar); huevos; té, café y agua potable. [MS 2015, p. 30]

b) Ingredientes culinarios procesados: Los ingredientes culinarios son sustancias extraídas de alimentos naturales o de elementos de la naturaleza y purificados por la industria mediante procesos como el prensado, molienda, trituración, pulverización y refinado.

Asimismo pueden utilizar preservantes, agentes estabilizadores o “purificadores”, y otros aditivos para su preservación.

Estas sustancias por regla general no se consumen solas, sino que se usan en las cocinas de hogares, cafeterías, comedores sociales y restaurantes para la preparación y condimentación de alimentos como guisos, caldos y sopas, ensaladas, tortas, panes, galletas, dulces y conservas.

Dentro de este grupo se encuentran los aceites vegetales (aceites de soya, de maíz, de girasol o de oliva), grasas vegetales (manteca de coco, margarina), grasas animales (mantequilla, manteca de cerdo), azúcares (blanco, demerara o morena), sal de cocina (refinada o gruesa), especias, almidones y jarabes.

c) Alimentos procesados: Los alimentos procesados son elaborados por la industria al añadir sal, azúcar, aceite, vinagre u cualquier sustancia de uso culinario con la finalidad de hacerlos más duraderos y agradables al paladar. Suelen ser reconocidos como versiones industriales de los alimentos originales y suelen consumirse como parte de las preparaciones culinarias hechas a partir de alimentos mínimamente procesados.

Los procesos utilizados en la fabricación de este tipo de alimentos incluyen el enlatado y embotellado, la fermentación y los métodos de conservación, como el salado, la conservación en salmuera, escabeche y el curado. Dentro de este grupo se puede encontrar los siguientes alimentos:

Verduras y leguminosas enlatadas o embotelladas, conservadas en salmuera o escabeche; frutas peladas o rebanadas conservadas en almíbar; pescados enteros o en

trozos conservados en aceite; nueces o semillas saladas; carnes y pescados procesados, salados o curados y no reconstituidos como jamón, tocino y pescado seco; quesos hechos con leche, sal y fermentos; y panes elaborados con harinas, agua, sal y fermentos. [OPS/OMS 2015, p. 59]

d) Productos ultra procesados: Los alimentos ultra procesados son fabricados íntegramente por sustancias extraídas de alimentos (aceites, grasas, almidones, proteínas, azúcar) componentes alimentarios (grasa hidrogenada, almidón modificado) o por elementos orgánicos sintetizados en laboratorio (colorantes, aromatizantes, resaltadores de sabor y diversos tipos de aditivos).

Entre las técnicas de fabricación se encuentra la extrusión, molienda y procesamiento previo mediante fritura o cocción para acelerar su consumo o cocción, lo que significa que no requieren mucha preparación culinaria.

Los alimentos ultra procesados se caracterizan por su bajo valor nutricional, hiper sabor, fácil consumo, porciones gigantes, calorías líquidas y tener un alto impacto en la cultura, vida social y el medio ambiente (MS 20015). Dentro de este tipo de alimentos es posible encontrar:

Hojuelas fritas (como las de papa) y muchos otros tipos de productos de snacks dulces, grasosos o salados; helados, chocolates y dulces o caramelos; papas fritas, hamburguesas y perros calientes; nuggets o palitos de aves de corral o pescado; panes, bollos y galletas empaquetados; cereales endulzados para el desayuno; pastelitos, masas, pasteles, mezclas para pastel, tortas; barras energizantes; mermeladas y jaleas; margarinas; postres empaquetados; fideos, sopas enlatadas, embotelladas, deshidratadas o empaquetadas; salsas; extractos de carne y levadura; bebidas gaseosas y bebidas energizantes; bebidas azucaradas a base de leche, incluido el yogur

para beber de fruta; bebidas y néctares de fruta; cerveza y vino sin alcohol; platos de carne, pescado, vegetales, pasta, queso o pizza ya preparados; leche “maternizada” para lactantes, preparaciones lácteas complementarias y otros productos para bebés; y productos “saludables” y “adelgazantes”, tales como sustitutos en polvo o “fortificados” de platos o de comidas. [OPS/OMS 2015, p. 59]

Como podemos ver, el sistema NOVA nos permite estudiar de una manera transversal el suministro de alimentos y los patrones de alimentación de una población en su conjunto. También permite el historial de consumo de un alimento determinado dentro del sistema.

3.3. Recomendaciones establecidas por la FAO

En septiembre de 2000, los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) acordaron cumplir ocho objetivos cruciales antes del año 2015 conocidas como Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM); uno de estos objetivos fue la erradicación del hambre y la pobreza en el mundo; siendo la FAO la encargada de velar su cumplimiento (FAO 2016, OPS/FAO 2017).

En el año 2015, la ONU publicó el Informe con los resultados de la ODM. Los datos presentados demostraron que el porcentaje de personas con nutrición insuficiente en las regiones en desarrollo cayó a casi la mitad desde 1990, pasando de 23,3% en el período 1990–1992 a 12,9% en el período 2014–2016¹⁰. (ONU 2015)

¹⁰ Las tasas de reducción del hambre varían ampliamente por región. Mientras zonas como el Cáucaso y Asia central, Asia oriental, América Latina y Asia sudoriental han alcanzado un éxito relativo en la lucha contra el hambre; el ritmo de reducción en el Caribe, Oceanía, Asia meridional y África subsahariana ha sido demasiado lento para alcanzar las metas impuestas (ONU 2015)

Sin embargo, a pesar de la caída de los índices de desnutrición la FAO ha advertido un aumento de los índices de malnutrición en el mundo. En el año 2013, una comisión conjunta de la OMS/FAO estableció que aproximadamente el 30% de la población mundial sufría de problemas de este tipo.

La malnutrición engloba un grupo amplio de afecciones producidas por las carencias, excesos o desequilibrios producidos por la ingesta de energía y/o nutrientes de una persona. Dentro de las afecciones producidas se encuentran las enfermedades no transmisibles y la obesidad. (OMS/FAO 2013)

Para revertir esta tendencia y mantener los avances conseguidos por los ODM, la ONU ha extendido la lista de objetivos en el año 2015 mediante la iniciativa conocida como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los ODS cuenta con 17 objetivos y 169 metas que cada país miembro de las Naciones Unidas debe cumplir en el año 2030 para lograr la erradicación de la pobreza en todas sus formas, solucionar el cambio climático y asegurar la prosperidad y el crecimiento económico de manera sustentable¹¹. Dentro de estos objetivos está terminar con toda forma de hambre, desnutrición y malnutrición y velar por el acceso de todas las personas, especialmente los niños a una alimentación suficiente y nutritiva durante todo el año. (MINAM 2016)

Para lograr este cometido, la FAO considera esencial lograr la consecución de la seguridad alimentaria y la adecuada nutrición de las personas como único modo de combatir el hambre, la pobreza y la falta de equidad. Esto requiere de acciones políticas y sociales, de las cuales los programas nutricionales solo es un aspecto. (FAO 2015)

¹¹ La lista detallada de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), puede consultarse en la página web del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Para mayor información: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

3.3.1. Seguridad Alimentaria

Se entiende por seguridad alimentaria a la accesibilidad física, social y económica de alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer de manera constante las necesidades nutricionales y preferencias alimentarias de la población. Para lograr este objetivo, la FAO sugiere a sus estados miembros cumplir con las siguientes recomendaciones:

a) Proteger la agricultura familiar y de pequeña escala: La agricultura familiar y de pequeña escala genera efectos positivos en la vida de los pobres debido a que incentiva a las familias campesinas a tener una mayor disponibilidad de alimentos, mejorar su consumo y mantener buenos niveles de nutrición y salud entre sus miembros.

Asimismo la agricultura familiar y de pequeña escala genera ingresos y estimula los mercados locales y regionales, pues facilita el flujo de alimentos desde zonas con excedentes hasta zonas con déficit, garantizando la seguridad alimentaria, los mercados transmiten a los agricultores señales de los precios que les permiten ajustar su producción y su uso de los insumos

Sin embargo, la sostenibilidad de este tipo de modelos puede verse amenazado por su uso intensivo. Para garantizar la seguridad alimentaria, la FAO recomienda el uso de políticas públicas que reconozcan la complejidad de los desafíos a los que se enfrentan este tipo de explotación familiar como la entrega de micro créditos, ayuda en materia de selección de semillas y orientación en el cuidado y desarrollo de los cultivos, eliminación de intermediarios para dinamizar los mercados locales y regionales, adopción de prácticas y técnicas de intensificación agrícola sostenible entre otros. (FAO 2015)

b) Crecimiento económico inclusivo: Se conoce como crecimiento económico inclusivo al crecimiento que promueve el acceso equitativo a los alimentos, los activos y los recursos en particular a favor de las personas de escasos recursos y mujeres. (FAO 2015)

No todos los tipos de crecimiento son eficaces para reducir el hambre y la malnutrición. Por ejemplo los procesos de crecimiento que requieren capital o necesitan de mano de conocimientos especializados (tecnología, industrias extractivas) pueden generar mayores tasas de crecimiento económico y a la vez ahondar la desigualdad en la distribución del ingreso (FAO 2012).

La agricultura por otra parte, puede llegar a ser una vía para el proceso de crecimiento inclusivo. Existe evidencia empírica que sugiere que la inversión en crecimiento agrícola en países con bajos ingresos puede ser más eficaz para reducir la pobreza extrema que el crecimiento en otros sectores (Christiaensen et al. 2011)

c) Cobertura de protección social: Dentro de este indicador la FAO recomienda la ejecución de programas de transferencia de efectivo – condicional o incondicional- hacia los sectores de extrema pobreza y vulnerabilidad para promover la seguridad alimentaria, nutrición, salud y educación.

Estos planes de transferencia monetaria deberán ser complementados por programas dirigidos a la distribución de alimentos (comedores populares, banco de alimentos), generación de empleo y desarrollo agrícola. Ejemplo de ello es el programa Compras a los africanos para África (*Purchase from Africans for Africa o PAA*), que conecta a agricultores familiares y a pequeña escala, con programas de alimentación escolar; lo que ha incrementado la producción agrícola y disminuido los niveles de pobreza y desnutrición infantil en la región (FAO 2015)

3.3.2. Nutrición

Tener alimentos en cantidad y calidad no es suficiente para garantizar una mejora en la nutrición de las personas. Para desarrollar una alimentación nutritiva y accesible es necesario

complementarlo mediante la conservación del ecosistema y la aplicación de políticas públicas orientadas a promover la lactancia materna, prevenir las enfermedades crónicas, la obesidad así como las diversas enfermedades relacionadas con la dieta y la nutrición.

Una buena nutrición es la base para el desarrollo físico y cognitivo, el bienestar, la buena salud y la productividad económica. No solo eso: la buena nutrición es la clave para romper el ciclo intergeneracional de la pobreza, en tanto la buena nutrición materna permite el nacimiento de niñas y niños más saludables, que crecen como adultos más sanos y menos proclives a enfermedades que puedan afectar su inclusión productiva y social. (OPS/FAO 2017)

3.3.3. El Codex Alimentarius

Para velar por la calidad, inocuidad y valor nutricional de los alimentos dirigidos al consumo humano, la FAO dispone de una serie de normas, directrices y códigos de prácticas alimentarias agrupadas en el Codex Alimentarius.

A pesar de su carácter recomendatorio, el Codex Alimentarius, o código alimentario, se ha convertido en un punto de referencia para los consumidores, productores, organismos nacionales de control y del comercio alimentario debido a que permite la armonización de las normas alimentarias, especialmente en aquellas directrices destinadas al etiquetado nutricional de los alimentos procesados.

Gran parte del Codex Alimentarius lo constituye normas específicas dirigidas a establecer estándares de calidad y nutrición que deben cumplir los alimentos. Entre los principales productos incluidos en el Codex están: cereales, legumbres (leguminosas) y productos derivados, incluidas las proteínas vegetales; grasas y aceites y productos afines; pescados y productos pesqueros; frutas y hortalizas frescas; frutas y hortalizas elaboradas y congeladas

rápidamente; zumos (jugos) de fruta; carne y productos cárnicos; sopas y caldos; leche y productos lácteos; azúcares, productos del cacao y chocolate. (FAO 2006)

Las normas para productos deben ajustarse a la estructura fijada por el Manual de Procedimiento del Codex de la Comisión del Codex Alimentarius, por lo tanto cada norma debe incluir la siguiente información: ámbito de aplicación del producto, descripción, factores esenciales de composición, aditivos alimentarios, contaminantes, higiene, pesos y medidas, etiquetado y método de análisis y muestreo. (FAO 2006)

3.4.Recomendaciones establecidas por la OPS

3.4.1. Recomendaciones dirigidas a regular la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas.

En el año 2011 un grupo de expertos de la Organización Panamericana de la Salud elaboraron las siguientes recomendaciones dirigidas a disminuir la exposición de los niños a la promoción y publicidad de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares o sal, a fin de reducir los riesgos para su salud:

- a) Elaboración de una política en materia de promoción y publicidad de alimentos dirigida a los niños. La responsabilidad política de esta medida debe ser asumida por el Ministerio de Salud y/o similares en cooperación con diversos organismos interesados. El objetivo de la política desarrollada debe ser la reducción del riesgo que supone la promoción y publicidad de alimentos para la salud de los niños.
- b) Las políticas formuladas para reducir la exposición de los niños a la promoción y publicidad de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares o sal, deberá ser trabajada en consenso entre las diversas instituciones gubernamentales interesadas, la

comunidad académica, la industria y los actores sociales afectados quienes deberán ser considerados como socios.

- c) Trabajar en campañas de informativas y de concientización respecto a los peligros sobre las repercusiones adversas de la promoción y publicidad de alimentos en los menores de edad.
- d) El grupo de trabajo de socios deberán definir el alcance y la amplitud de la política pública a desarrollar; para ello deberá definir qué se entiende por “promoción de alimentos dirigida a los niños”. Para su definición deberán tomar en cuenta los diversos elementos que engloba este concepto. Además, este grupo de trabajo deberá establecer los niveles del grado de reducción de publicidad.
- e) Las medidas adoptadas por el grupo de socios deberán ser ponerse en práctica en un plazo no menor de dieciocho (18) meses; debiendo ejecutarse mediante dispositivos legales. Aunque se puede optar por el régimen de la autorregulación, se recomienda no hacerlo.
- f) Finalmente se debe elegir un órgano imparcial que pueda vigilar los efectos y la eficacia de la política sobre la exposición de los niños a los mensajes publicitarios. Una vez adoptadas estas disposiciones, el organismo responsable de la política regulatoria, deberá emitir informes de los avances cada dos años.

Del mismo modo, respecto a la definición “promoción de alimentos dirigida a los niños”, los expertos sugieren lo siguiente:

- a) Por “promoción”, debe entenderse como *toda clase de comunicación o mensaje comercial concebido para, o que tiene el efecto de, aumentar el reconocimiento, la atracción o el consumo de determinados productos y servicios.* (OMS 2010b, p. 7)

La promoción también comprende todo aquello que sirve para dar publicidad o promover un producto o servicio. Esto significa que deberá prohibirse toda clase de práctica publicitaria con la finalidad de resguardar a los niños del consumo de alimentos con alto contenido de grasas, azúcares o sal.

Entre la lista de prácticas publicitarias que deberían ser prohibidas se encuentran: publicidad en medios audiovisuales (incluida la publicidad en exteriores); publicidad en sitios web y otros tipos de publicidad digital como correo electrónico, SMS y juegos online; envasado, etiquetado y rotulado; muestras en puntos de compra; inserción de publicidad en películas, videos y videojuegos (ambush marketing); distribución de premios, concursos y sorteos; concesión de licencias para utilizar marcas y juguetes; uso de celebridades; promoción en las escuelas; actividades filantrópicas y toda forma indirecta de mercadotecnia.

- b) Por “dirigida a” se deberá especificar todo mensaje publicitario que esté dirigido a los niños, atraiga a los niños así como los medios de comunicación al que los niños están expuestos. Para fines prácticos la OPS recomienda que se debe prohibir toda promoción dirigida o que tenga un atractivo exclusivo para los niños, mientras que deberá prohibirse las promociones ideadas para atraer a un público adulto si es que los niños constituyen más del 5% de la audiencia.
- c) Por “niños” se recomienda que esta definición abarque a todos los menores de dieciséis (16) años.
- d) En el caso de “alimentos” se deberá especificar las diferencias entre aquellos alimentos que pueden promocionarse a los niños de aquellos que deben prohibirse. La OPS recomienda que deberá promocionarse los “alimentos naturales” es decir aquellos que pertenecen a los siguientes grupos alimentarios que no contienen edulcorantes, azúcar,

sal ni grasa agregados: frutas, verduras, granos integrales, productos lácteos sin o con poca grasa, pescado, carne, aves de corral, huevos, nueces y semillas, y leguminosas.

En el caso de las bebidas, la recomendación es agua potable.

Asimismo la OPS permite la promoción de alimentos no naturales siempre y cuando cumplan con los siguientes criterios:

- a) Proporcionar al menos 50% en peso de uno de los grupos alimentarios enumerados como “alimentos naturales”.
- b) No exceder las siguientes cantidades de azúcares, grasas saturadas, ácidos grasos trans y sal: cantidad total de azúcares: $\leq 5,0$ g/100 g de alimento sólido o $\leq 2,5$ g/100 ml de bebida; grasas saturadas: $\leq 1,5$ g/100 g de alimento sólido o $\leq 0,75$ g/100 ml de bebida; ácidos grasos trans (producidos industrialmente): 0,0 g/100 g de alimento sólido o 100 ml de bebida; sal ≤ 300 mg/100 g de alimento sólido o 100 ml de bebida.

3.4.2. Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014-2019).

En el año 2014 la OPS publicó el Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014-2019). Este documento tiene como finalidad proporcionar a los Estados Miembros la justificación y las principales líneas de acción estratégica para poner en marcha las intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia.

El objetivo general de este plan quinquenal es detener el aumento acelerado de las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez y la adolescencia de manera que no se registre un aumento de las tasas de prevalencia de este problema en los países miembros.

Para cumplir con este objetivo, el Plan de acción prevé el uso de un enfoque multisectorial basado en un modelo socio-ecológico y que abarque cada etapa de la vida del ser humano; con la propósito de transformar el ambiente obesogénico actual hacia un ambiente orientado a promover el consumo de alimentos saludables y que favorezca un aumento de la actividad física.

Las medidas adoptadas para detener las tasas de sobrepeso y obesidad, deberán tomar la forma de dispositivos legales y deberán tener en cuenta las prioridades y el contexto de los Estados miembros, en las siguientes líneas de acción estratégica:

- a) Atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable: El plan insta a los países miembros a promover la lactancia materna, los hábitos saludables y la actividad física en sus servicios primarios de salud. Para cumplir con este indicador se procederá con la certificación de "Hospitales Amigos del Niño" y proceder al cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- b) Mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares: El plan establece prohibir la venta en las escuelas de productos alimenticios procesados de alto contenido calórico y bajo valor nutricional así como de bebidas azucaradas. En lugar de ello se debe ofrecer a los menores alimentos más saludables que cumplan con los estándares de nutrición e inocuidad; además debe incorporarse la actividad física en la rutina escolar diaria.
- c) Políticas fiscales y reglamentación de la publicidad, promoción etiquetado de alimentos: Debido a la vulnerabilidad de los menores al poder persuasivo de los mensajes comerciales, El plan busca la reglamentación de la publicidad de productos alimenticios de alto contenido calórico y bajo valor nutricional a fin de limitar el efecto

negativo de la publicidad. Asimismo la OPS recomienda gravar la venta y producción de este tipo de alimentos para desincentivar el consumo en los niños y adolescentes y la adopción de normas que hagan obligatorio el uso de etiquetas que indiquen el valor nutricional del producto.

- d) Otras medidas multisectoriales: La OPS recomienda el trabajo conjunto entre las diversas instituciones gubernamentales con participación del sector privado y los diversos grupos de interés cuando lo considere apropiado. Dentro de las medidas de trabajo conjunto consideradas por el plan de acción esta la creación de espacios públicos para la actividad física (parques, ciclo vías, gimnasios al aire libre) y medidas que permitan la disponibilidad y acceso a alimentos nutritivos (intervenciones dirigidas a mejorar la producción, almacenamiento y distribución de alimentos)
- e) Vigilancia, investigación y evaluación: El Plan establece que antes de diseñar un sistema nuevo de vigilancia, se debe evaluar las capacidades actuales y los datos disponibles en el país e integrarlos con los diversos sistemas de información multisectoriales, así como crear alianzas entre instituciones académicas y científicas a fin de establecer sistemas integrales de vigilancia

Para el cumplimiento de estas líneas de acción, la OPS proporcionara su apoyo para la ejecución del plan mediante

- a) La entrega de información basada en la evidencia científica para la formulación de políticas y reglamentaciones,
- b) Publicación de guías regionales para los programas preescolares y escolares de alimentación,

- c) Publicación de guías regionales sobre los alimentos y las bebidas que se venden en los distintos establecimientos escolares
- d) Medición de indicadores relativos a las tasas de sobrepeso y obesidad en los países miembros.

3.5. Medidas adoptadas por los Países de la Región para combatir el Sobrepeso y la Obesidad

3.5.1. México

México cuenta con las tasa más altas de obesidad en adultos en América Latina (28,1%) motivo por el cual la política sanitaria se ha dirigido a combatir el sobrepeso y la obesidad mediante el uso de prohibiciones legales.

Por lo tanto, debemos señalar que la normativa mexicana se encuentra dispersa en diversas leyes sectoriales como la Ley General de Salud, Ley Federal de Protección al Consumidor, Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios, Ley Federal de Radio y Televisión, entre otros; las cuales están orientadas hacia la restricción de publicidad, inclusión de mensaje precautorios; inclusión de etiquetado y gravamen de alimentos y bebidas azucaradas procesadas. Estas medidas serán estudiadas a continuación

3.5.1.1. Restricciones a la publicidad de alimentos y bebidas procesadas

En México, la Ley Federal de Radio y Televisión menciona “el deber de los medios de comunicación el evitar influencias nocivas o perturbadoras al desarrollo armónico de la niñez y la juventud” (art. 5 inc. II) mientras el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión en Materia de Concesiones, Permisos y Contenidos de las Transmisiones de Radio y

Televisión establece que la publicidad debe ocupar como máximo 18% del tiempo total de transmisión (art. 40 inc. I).

Asimismo, el artículo 32° de la Ley Federal de Protección al Consumidor señala como principio básico de las relaciones de consumo, la protección del consumidor ante la información o publicidad engañosa o abusiva; refiriéndose a ellas como:

Aquellas características o información relacionadas con algún bien, producto o servicio que pudiendo o no ser verdaderas, inducen a error o confusión al consumidor por la forma inexacta, falsa, exagerada, parcial, artificiosa o tendenciosa en que se presenta.

Las normas anteriormente citadas están en concordancia con las restricciones publicitarias establecidas por la Ley General de Salud, la cual establece que en el caso de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas; la publicidad no deberá inducir a hábitos de alimentación nocivos, ni atribuir a los alimentos industrializados un valor superior o distinto al que tengan en realidad (art. 307)

Asimismo, los artículos 21° y 22° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad especifican que la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas no deberá:

- a) Contravenir las disposiciones en materia de educación nutricional, higiénica y de salud establecidas por la Secretaría de Salud
- b) Presentar alimentos y bebidas no alcohólicas como estimulantes ni modificadores del estado físico o mental de las personas, excepto aquellos casos que así hayan sido reconocidos por la Secretaría de Salud.
- c) Inducir o promover hábitos de alimentación nocivos para la salud
- d) Afirmar que el producto llena por sí solo los requerimientos nutricionales del ser humano

- e) Atribuir a los alimentos industrializados un valor nutritivo superior o distinto al que tengan
- f) Realizar comparaciones en menoscabo de las propiedades de los alimentos naturales
- g) Expresar o sugerir, a través de personajes reales o ficticios, que la ingestión de estos productos proporciona a las personas características o habilidades extraordinarias
- h) Asociarse directa o indirectamente con el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco,
- i) Declarar propiedades que no puedan comprobarse, o que los productos son útiles para prevenir, aliviar, tratar o curar una enfermedad, trastorno o estado fisiológico.

Finalmente, aquellos productos que no se ajusten a los criterios nutrimentales establecidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad y así como confiterías, chocolates y productos similares podrán publicitarse, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud, de lunes a viernes de las 12:00 am. a las 14:30 pm., y de las 19:30 pm. a las 23:59 pm.; mientras que los fines de semana de las 12:00 am. a las 07:00 am., y de las 19:30 pm. a las 23:59 pm.

3.5.1.2. *Inclusión de mensajes precautorios*

La Ley General de Salud obliga la inclusión de mensajes precautorios audiovisuales que avisen de la condición del producto o entregue a los consumidores mensajes promotores de una alimentación equilibrada y fomentar los buenos hábitos higiénicos (art. 307).

Asimismo, el Reglamento de la Ley General de Salud establece que los anuncios difundidos por medios audiovisuales como la televisión o el cine, medios impresos y electrónicos, los mensajes precautorios deben tener una duración equivalente a un 25% de la duración total del artículo, en colores contrastantes, colocadas en forma horizontal y letra

helvética. En el caso de avisos radiales, el mensaje deberá pronunciarse al mismo ritmo y volumen del anuncio, de forma clara y comprensible. (art. 10)

Por otro lado, los anunciantes podrán sustituir los mensajes precautorios por mensajes informativos siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos establecidos por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad:

- a) El contenido haya sido aprobado por la Secretaria de Salud.
- b) El contenido de los mensajes informativos se refiera a los riesgos para la salud que representa el producto o servicio, a la promoción de hábitos nutricionales o higiénicos, a la prevención de accidentes, a la lucha contra las adicciones o a otros contenidos que considere pertinente la Secretaria de Salud.
- c) El número de los mensajes informativos esté acordado previamente con la Secretaría de Salud de conformidad con el número total de anuncios comerciales de la campaña publicitaria, el producto o servicio a publicitar, el medio que se utilice y el alcance de éste. En el caso de mensajes que promuevan hábitos higiénicos o nutricionales, los mensajes no podrán ser menores al 5% del total de anuncios de la campaña publicitaria.
- d) La difusión de los mensajes debe hacerse en el mismo medio de comunicación y con iguales características de producción que sus anuncios publicitarios debiendo en el caso de medios impresos tener la misma presencia equivalente en ubicación y visibilidad; mientras que en medios electrónicos la misma duración que su anuncio publicitario más prolongado, difundirse en el mismo horario.
- e) Los anunciantes solo podrán incorporar únicamente su razón social en los mensajes informáticos, para efectos de identificación por parte de la Secretaría de Salud y sin fines comerciales.

El convenio celebrado entre el anunciante y la Secretaría de Salud, tiene una vigencia de seis (06) meses el cual podrá prorrogarse previa acreditación del cumplimiento de los compromisos asumidos por el anunciante.

3.5.1.3. *Inclusión de etiquetado nutricional*

Respecto a la inclusión de etiquetado, en el año 2010 el Gobierno mexicano promulgó las especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre- envasados-información comercial y sanitaria. (NOM-051-SCFI/SSA1-2010); la cual fue modificada en el año 2014 con la finalidad de implementar las medidas adoptadas dentro de la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes (Estrategia Nacional) a cargo de la Secretaría de Salud (SSA 2013).

La Estrategia Nacional tiene como objetivo actualizar la reglamentación mexicana en materia de etiquetado y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas al público infantil en concordancia con las mejores prácticas internacionales, inspirado en el sistema de las guías diarias de alimentación (GDA) que es utilizado en la mayoría de países de la Unión Europea. (SSA 2013)

Así, la modificación de la NOM-051-SCFI/SSA1-2010 trajo el uso del etiquetado frontal de manera obligatoria para los casos de grasas saturadas, otras grasas, azúcares totales, sodio y energía y en orden de izquierda a derecha. Además, deberá representarse el porcentaje de aporte calórico en kilocalorías (kcal.) y el porcentaje (%) con respecto al peso o al volumen que corresponda del ingrediente, al momento de la elaboración del alimento como puede verse en la figura 05.

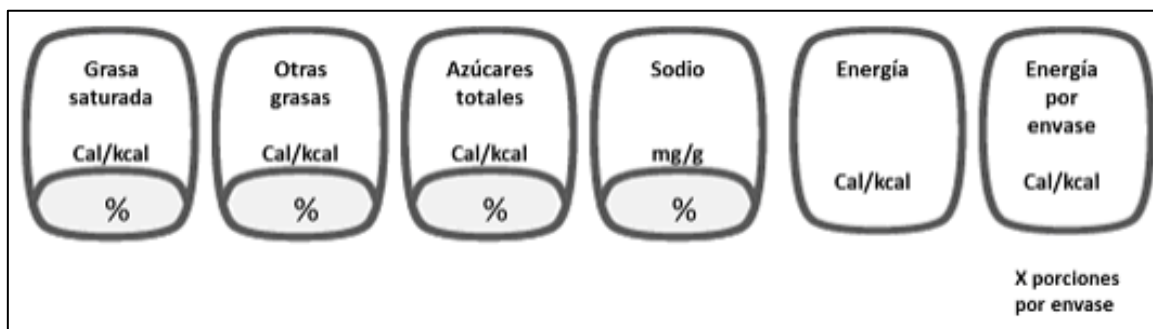


Figura 05: Etiquetado frontal para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Agosto, 2014

De manera paralela a la obligatoriedad del etiquetado frontal, la NOM-051-SCFI/SSA1-2010 establece el distintivo nutrimental, el cual es otorgado a los productores que lo soliciten y cumplan con los criterios nutrimentales establecidos por la Secretaría de Salud de acuerdo al tipo de producto que se trate, tal como puede apreciarse en la figura 06.



Figura 06: Distintivo Nutrimental para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados. NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Agosto, 2014

3.5.1.4. Gravamen de alimentos y bebidas azucaradas procesadas

La Estrategia Nacional determinó como medida complementaria a los esfuerzos regulatorios mencionados anteriormente, la utilización de políticas fiscales como el uso de

gravámenes dirigidos al consumo de alimentos y bebidas consideradas como no nutritivas (SSA 2013).

La medida fue recogida en enero del 2014, mediante la modificación de la Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) para introducir un impuesto dirigido a la producción de bebidas saborizadas¹²; y jarabes o concentrados para prepararlas y se expendan mediante el uso de aparatos automáticos, eléctricos o mecánicos.

En el caso de las bebidas saborizadas la cuota aplicable de \$1.00 peso por litro mientras que en los concentrados, polvos, jarabes, esencias o extractos de sabores, el impuesto se calculará tomando en cuenta el número de litros de bebidas saborizadas que, de conformidad con las especificaciones del fabricante, se puedan obtener (art. 2).

Esto significa que el porcentaje equivalente al IEPS en el costo de una bebida saborizada no pueda ser calculado de una forma general, pues mientras que en un litro de gaseosa que cuesta \$ 23.00 pesos el impuesto final es de 4.5%, en un litro de jugo embotellado que cuesta \$ 14.00 pesos el impuesto significa 7.7% del precio final. (Córdova 2016)

Asimismo, la ley exceptúa del impuesto a las bebidas saborizadas servidas en restaurantes, bares y otros lugares en donde se proporcionen servicios de alimentos y bebidas no procesadas, las bebidas saborizadas que cuenten como medicamentos inscritos con registro sanitario, así como a la leche y sus derivados.

Finalmente, los ingresos percibidos de la recaudación son destinados a programas de promoción, prevención, detección, tratamiento, control y combate a la desnutrición, sobrepeso, obesidad y enfermedades crónico-degenerativas relativas, así como para apoyar el

¹² La Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios (IEPS) considera como bebidas saborizadas a las bebidas no alcohólicas elaboradas por la disolución en agua de cualquier tipo de azúcares y que pueden incluir ingredientes adicionales tales como saborizantes, naturales, artificiales o sintéticos, adicionados o no, de jugo, pulpa o néctar, de frutas o de verduras o de legumbres, de sus concentrados o extractos y otros aditivos para alimentos, y que pueden estar o no carbonatadas.

incremento en la cobertura de los servicios de suministro de agua potable en localidades rurales e inmuebles escolares.

3.5.2. Ecuador

Según las estadísticas sanitarias mundiales del año 2015, el 18,7% de los mayores de 18 años en Ecuador sufren de obesidad. (OMS 2015) siendo una de los países con la menor tasa de obesidad en Sudamérica (seguido de Bolivia y Paraguay). Por lo tanto, el gobierno ecuatoriano ha respondido con una serie de medidas dirigidas a cumplir con en el Plan Nacional del Buen Vivir. (PNBV 2013).

El PNBV (2013) tiene como meta final, revertir la tendencia de la incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años del 29,9% al 26,0% en el año 2017, tal como puede observarse en la figura 07; mediante el uso la promoción de una dieta equilibrada con una mayor ingesta de proteínas y micronutrientes, que modifique la dieta actual caracterizada por un alto consumo de carbohidratos y grasas saturadas.



Figura 7: Incidencia de obesidad y sobrepeso en niños/as de 5 a 11 años. Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. <http://www.buenvivir.gob.ec/versiones-plan-nacional#tabs1>. Copyright 2013 por Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Ecuador. Reimpreso con permiso

Además del cambio nutricional, el PNBV (2013) prevé la promoción del ejercicio físico, la promoción intensiva de la lactancia materna, la promoción de la alimentación saludable en escuelas y colegios; y en lo que concierne a nuestra investigación la regulación de publicidad dirigida a niños y adolescentes y la regulación del etiquetado de alimentos procesados; los cuales pasaremos a explicar a continuación.

3.5.2.1. Regulación de publicidad dirigida a niños y adolescentes

La Ley Orgánica de Comunicación (en adelante LOC) establece que la publicidad de productos destinados a la alimentación y la salud, deberán tener la autorización previa del Ministerio de Salud. En el caso de la publicidad dirigida a programas infantiles, estas primeramente deberán estar calificadas por el Consejo de Regulación y Desarrollo de la Información y Comunicación (art. 94).

La protección otorgada por la LOC a los menores de edad se extiende y define en el Reglamento General a la Ley Orgánica de Comunicación (en adelante RGLOC) establece la franja televisiva familiar desde las 06:00 am. hasta las 22:00 pm.; dentro de ese horario los anunciantes deben acoplar sus contenidos hacia las características de ese público (art. 17).

En concordancia con lo anteriormente expuesto, el artículo 63° de la RGLOC establece las siguientes restricciones a la publicidad dirigida a niños, niñas y adolescentes:

- a) *Los anuncios no podrán, directa o indirectamente, estimular expectativas irreales respecto de las cualidades o desempeño del producto.*
- b) *En los anuncios no podrán utilizarse presiones para que los padres adquieran el producto para el niño, niña o adolescentes, ni hacer referencia a los sentimientos de afecto de los mayores hacia ellos y ellas por la adquisición o no del producto*

- c) *No podrá emitirse publicidad con escenas en la que se atente contra la integridad moral, psíquica o física de los niños, niñas y adolescentes, ni que inciten a la violencia o hagan apología de hechos delictuosos o contravencionales*
- d) *En la publicidad dirigida a niños, niñas y adolescentes no podrá escenificarse la realización de actos sexuales, ni habrán alusiones o connotaciones al sexo o a la sexualidad.*
- e) *La publicidad dirigida a los niños, niñas y adolescentes no debe desacreditar la autoridad de los padres y educadores.*
- f) *Los anuncios de productos no constitutivos de la alimentación básica tales como aperitivos, dulces, golosinas, goma de mascar y bebidas con componentes artificiales no deberán aludir a que suplen la alimentación básica.*
- g) *La publicidad no podrá insinuar o desarrollar sentimientos de inferioridad al niño, niña o adolescentes que no consuma el producto anunciado.*
- h) *La publicidad destinada a niños, niñas y adolescentes, en general, deberá fomentar la alimentación saludable y desalentar a la no saludable. (art. 63)*

El RGLOC exceptúa de estas reglas a la publicidad no comercial cuyo objetivo es la prevención y la difusión de información para prevenir actos o conductas que puedan violar los derechos fundamentales (publicidad informativa).

En el caso de publicidad asignada a programas infantiles, el artículo 64° del RGLOC establece que el Consejo de Regulación y Desarrollo de la Comunicación calificara los anuncios de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) *No podrá incluir contenidos discriminatorios, violentos, sexuales, sexistas ni racistas*

- b) *Deberá respetar los derechos de los niños, niñas y adolescentes establecidos en la Constitución de la República, la Convención Internacional Sobre Derechos del Niño y el Código de la Niñez y la Adolescencia.*
- c) *Deberá respetar las reglas para la difusión de publicidad en cuya producción participen o esté dirigida a niños, niñas y adolescentes*
- d) *No puede presentar diálogos o imágenes de niños, niñas o adolescentes, reales o ficticias, en los que persuadan para la compra de productos o servicios a sus padres, tutores u otros.*
- e) *No deberá inducir a error sobre las características de los productos, ni sobre las condiciones de seguridad que se deben observar para su uso (art. 64)*

Las anteriores disposiciones ya mencionadas deberán estar de acorde con el artículo 11° del Reglamento para la Autorización y Control de la Publicidad y Promoción de Alimentos Procesados (Acuerdo Ministerial 40-2011), el cual prohíbe lo siguiente:

- a) *Inducir o promover hábitos de alimentación nocivos para la salud.*
- b) *Afirmar que el producto llena por sí solo los requerimientos nutricionales.*
- c) *Atribuir a los alimentos industrializados un valor nutritivo superior o distinto al que tengan.*
- d) *Realizar comparaciones en menoscabo de las propiedades de los alimentos naturales.*
- e) *Indicar o sugerir que el consumo de un alimento procesado es un factor que determina características físicas, intelectuales o sexuales de los individuos.*
- f) *Exagerar las características o propiedades de los alimentos procesados;*
- g) *Asociar, directa o indirectamente, el consumo de alimentos procesados con el consumo de bebidas alcohólicas.*

- h) Declarar propiedades saludables que no puedan comprobarse o atribuir propiedades preventivas o acción terapéutica para aliviar, tratar o curar una enfermedad¹³.*
- i) Sugerir, explícita o implícitamente, que el producto cuenta con ingredientes o propiedades de las cuales carezca¹⁴.*
- j) Realizar comparaciones entre productos*
- k) La utilización de menores de edad en el material publicitario*
- l) La utilización de imágenes que idealicen el producto. (art. 11)*

Asimismo, Acuerdo Ministerial 40-2011 establece que la publicidad de alimentos procesados deberá incluir mensajes preventivos sobre la condición del producto, así como mensajes promotores de una alimentación equilibrada o de fomento de buenos hábitos higiénicos.

En caso de infracción, la LOC tipifica la responsabilidad hacia los anunciantes, agencias de publicidad, medios de comunicación social y demás actores de la gestión publicitaria quienes deberán sujetarse a la figura de la publicidad engañosa y abusiva, los métodos coercitivos o desleales, estipulada en el artículo 4° de la Ley Orgánica de Defensa del Consumidor (LODC).

En ese caso, la LODC contempla la suspensión de la difusión publicitaria, la rectificación del contenido a costa del anunciante y una sanción de mil a cuatro mil dólares americanos (art. 72).

¹³ Al respecto, cabe señalar que el mencionado inciso se repite en el artículo 7° inciso h del Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano. Acuerdo Ministerial N° 4522-2013. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 134* del 29 de noviembre de 2013. Ecuador.

¹⁴ Al respecto, cabe señalar que el mencionado inciso se repite en el artículo 7° inciso d del Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano. Acuerdo Ministerial N° 4522-2013. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 134* del 29 de noviembre de 2013. Ecuador.

3.5.2.2. Regulación del etiquetado de alimentos procesados

En el año 2012, el Ministerio de Salud Pública (MSP) conjuntamente con el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), convocaron a los colectivos involucrados en la producción, desarrollo y consumo de alimentos procesados y bebidas azucaradas para debatir la propuesta de reglamentación del etiquetado. (Díaz et al. 2017 p. 2)

En paralelo a los debates y concesiones entre los representantes del gobierno y los actores sociales, se realizó un estudio dirigido a evaluar la comprensión, aceptación y funcionalidad de las diversas propuestas generadas se decidió utilizar el sistema del semáforo nutricional. (Díaz et al. 2017 p. 2)

El semáforo nutricional fue diseñado en el Reino Unido por la *Food Standard Agency* con la finalidad de mejorar la comprensión del contenido de los alimentos procesados y por consiguiente, orientar las decisiones de compra hacia productos más saludables por parte de los consumidores (Heredia 2016 p. 30, Iza 2016 p. 25).

Este sistema se caracteriza por el uso barras horizontales de colores llamativos y letras grandes en la parte frontal del empaque, lo que permite a los consumidores observar los componentes principales del producto intervenido y que pueden causar problemas a la salud por estar relacionadas a la obesidad y enfermedades no transmisibles como lo son las grasas, el azúcar y el sodio. En cuanto al modelo de comparación de concentraciones de grasas, azúcar y sodio, el Ministerio de Salud Pública tomó en cuenta las regulaciones establecidas por el gobierno británico, adoptándolas a la dieta ecuatoriana (Freire et al. 2017)

Es así que en noviembre de 2013, se publicó la primera versión del Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano (Acuerdo Ministerial N°

4522-2013), el cual fue sustituido por el Reglamento Sanitario Sustitutivo de Alimentos Procesados para el Consumo Humano (Acuerdo Ministerial N° 5103-2014), el cual se mantiene en vigencia y amplía los plazos iniciales establecidos por el Acuerdo Ministerial N° 4522-2013.

El Acuerdo Ministerial N° 5103-2014 tiene como objetivo regular y controlar el etiquetado de los alimentos procesados para el consumo humano, a fin de que le consumidor pueda tener información clara, precisa y no engañosa del contenido y característica de este tipo de alimentos. (art. 1)

El Acuerdo Ministerial N° 5103-2014 entiende como producto procesado a toda materia alimenticia, natural o artificial que para el consumo humano ha sido sometida a operaciones tecnológicas necesarias para su transformación, modificación y conservación, que se distribuye y comercializa en envases rotulados bajo una marca de fábrica determinada en territorio ecuatoriano. Asimismo, el artículo 7° del Acuerdo Ministerial N° 5103-2014 prohíbe las siguientes prácticas en el etiquetado de alimentos procesados:

- a) *Afirmar que el consumo de un alimento procesado por sí solo cubre los requerimientos nutricionales para una persona;*
- b) *Utilizar logos, certificaciones y/o sellos de asociaciones, sociedades, fundaciones, federaciones o de grupos colegiados, que hagan referencia a beneficios a la salud por el consumo de un determinado alimento procesado;*
- c) *Declarar que el alimento procesado cuenta con ingredientes o propiedades de las cuales carezca, o atribuir un valor nutritivo superior o distinto al que se declare en el Registro Sanitario;*

- d) *Declarar propiedades nutricionales, incumpliendo los valores de referencia establecidos en el Reglamento y Normas Técnicas de rotulado de alimentos procesados;*
- e) *Declarar propiedades saludables que no puedan comprobarse;*
- f) *Atribuir propiedades preventivas o acción terapéutica para aliviar, tratar o curar una enfermedad;*
- g) *Utilizar imágenes de niños, niñas, y adolescentes, sin cumplir con lo dispuesto en el Código de la Niñez y Adolescencia*
- h) *Sugerir la frecuencia de consumo del alimento procesado. (art. 7)*

Para la valoración de los alimentos procesados en referencia a sus componentes y concentraciones de grasas, azúcares y sales, el artículo 9° del Acuerdo Ministerial N° 5103-2014 establece los siguientes parámetros como puede observarse en la tabla 06

Tabla 06

Contenido de componentes y concentraciones permitidas por el Acuerdo Ministerial N° 5103-2014

Nivel Componentes	CONCENTRACION “BAJA”	CONCENTRACION “MEDIA”	CONCENTRACION “ALTA”
Grasa totales	Menor o igual a 3 gr. en 100 gr.	Mayor a 3 y menor a 20 gr. en 100 gr.	Igual o mayor a 20 gr. en 100 gr.
	Menor o igual a 1,5 gr. en 100 ml.	Mayor a 1,5 y menor a 10 gr. en 100 ml.	Igual o mayor a 10 gr. en 100 ml.
Azúcares	Menor o igual a 5 gr. en 100 gr.	Mayor a 5 y menor a 15 gr. en 100 gr.	Igual o mayor a 15 gr. en 100 gr.
	Menor o igual a 2,5 gr. en 100 ml.	Mayor a 2,5 y menor a 7,5 gr. en 100 ml.	Igual o mayor a 7,5 gr. en 100 ml.
Sal (sodio)	Menor o igual a 120 ml. de sodio en 100 gr.	Mayor a 120 y menor a 600 ml. de sodio en 100 gr.	Igual o mayor a 600 ml. de sodio en 100 gr.
	Menor o igual a 120 ml. de sodio en 100 ml.	Mayor a 120 y menor a 600 ml. de sodio en 100 ml.	Igual o mayor a 600 ml. de sodio en 100 ml.

Nota. Recuperado del Reglamento Sanitario Sustitutivo de Alimentos Procesados para el Consumo Humano Acuerdo Ministerial N° 5103-2014. Copyright 2014. Reimpreso con permiso del Registro Oficial – Ecuador.

Por otra lado, todo alimento procesado deberá cumplir con el reglamento técnico ecuatoriano de Rotulado de Productos Alimenticios Procesados, Envasados y Empaquetados - RTE INEN 022(2r) el cual establece un sistema gráfico de barra categorizados por colores, que son el rojo, amarillo y verde. Asimismo, las palabras incluidas en el semáforo nutricional deberán ser escritas en letra Helvética Neue o Arial, en estilo Black, sin condensación en espaciado tipográfico. (art. 9)

Esta categorización permite facilitar la elección de productos en el consumidor y así disminuir los riesgos de complicaciones en su estado de salud. El color rojo se utilizara

cuando un componente del alimento se encuentra en grandes cantidades, sugiriendo limitar su consumo. El color amarillo, se usa para cantidades en que el componente se encuentra en cantidades intermedias, clasificando el alimento como apto para su compra en cantidades normales. En cuanto al color verde, este se utiliza cuando el componente está presente en bajas cantidades y se considera al alimento como apto para su compra. (Iza 2016)



Figura 8: Sistema gráfico del etiquetado de alimentos procesados de Ecuador. Díaz et al. (2017) Copyright 2017 Revista Panamericana de Salud Pública. Reimpreso con permiso.

La norma excluye de esta disposición del sistema semáforo a los alimentos incluidos en las excepciones establecidas en la norma técnica de Rotulado de Productos Alimenticios para Consumo Humano relativa al Rotulado Nutricional - NTE INEN 1334-2 (2r).

La RTE INEN 022(2r) establece que aquellos alimentos procesados que por su naturaleza o composición de origen posee uno o varios de los componentes (grasas, sal, azúcares) y que no se le ha agregado en su proceso alguno de los componentes mencionados, a los suplementos para alimentación de lactantes, harinas y aditivos alimentarios así como a los azúcares, sales y grasas de origen animal; los cuales sin embargo deberán tener el siguiente mensaje en sus etiquetas: Por su salud reduzca el consumo de este producto”.

3.5.3. Chile

La sociedad chilena ha sufrido una serie de cambios demográficos, económicos y sociales producto de haber adoptado una serie de políticas económicas orientadas hacia el modelo de libre mercado a finales de los años setentas. Entre los principales éxitos del “milagro chileno” se puede citar el crecimiento del producto geográfico bruto, la disminución de los índices de pobreza y desnutrición. (Atalah 2012)

Sin embargo a pesar de los éxitos conseguidos, diversos estudios llevados a cabo por el Ministerio de Salud de Chile (2011) ha demostrado que a pesar que las familias de menores recursos han mejorado su capacidad de compra, estos ingresos solo logran cubrir la compra de alimentos con alta densidad energética (azúcares, grasas, harinas) siendo insuficiente para obtener frutas, vegetales, pescado, lácteos o cereales integrales que ayuden a tener una alimentación saludable.

Esta afirmación quedo confirmada en el año 2014 por la I Encuesta Nacional de Consumo Alimentario realizada por la Universidad de Chile. Dicho informe arrojo como resultado que el 88% de la población chilena consume azúcares derivados de golosinas y otros alimentos dulces, mientras que 81,2% consume azúcares provenientes de bebidas y refrescos azucarados, el 79% consume azúcar de mesa y un 77% indica consumir otros azúcares (UCHILE 2014)

Para revertir esta situación, en el año 2012 fue promulgada la Ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad (Ley N° 20606) que establece cambios en el etiquetado de alimentos y restricciones a la actividad publicitaria, las cuales explicaremos a continuación, sin embargo las regulaciones establecidas entraron recién en vigencia en noviembre del 2015.

3.5.3.1. Cambios en el etiquetado y rotulado de alimentos

La Ley N° 20606 establece la inclusión de rotulados que permitan a los consumidores identificar rápidamente la composición nutricional de los alimentos que consume. La inclusión de estas advertencias deberá estar acorde al Reglamento Sanitario de los Alimentos (D.S. N° 977/1996)

El D.S. N° 977/1996 establece que cuando a un alimento o producto alimenticio se le haya adicionado azúcares, sodio y grasas saturadas dentro de su composición, se deberá incluir un etiquetado frontal que advierta los riesgos de su consumo (art. 110° bis). Esta disposición se aplica también en el caso de alimentos o productos energéticos a los que se les haya incluido azúcares, miel, jarabes, o grasas saturadas y que superen los parámetros establecidos por el artículo 120° bis del D.S. N° 977/1996:

Tabla 07

Límites de contenido de energía, sodio, azúcares totales y grasas saturadas en alimentos establecidas por el Reglamento Sanitario de los Alimentos-Chile

	Energía Kcal/ 100g	Sodio Mg/100g	Azúcares totales g/100g	Grasas saturadas g/100g
Límites en Alimentos sólidos. Valores mayores a:	275	400	10	4
	Energía Kcal/ 100g	Sodio Mg/100g	Azúcares totales g/100g	Grasas saturadas g/100g
Límites en Alimentos líquidos. Valores mayores a:	70	100	5	3

Nota. Recuperado del Reglamento Sanitario de los Alimentos. Copyright 2015. Decreto Supremo N° 977/1996, última modificación realizada por Decreto N° 13/2015. Reimpreso con permiso del Diario Oficial de la República de Chile.

Asimismo, el artículo 120° bis del D.S. N° 977/1996 establece que los alimentos que no cumplan con estos parámetros deberán rotular sus productos con un símbolo octagonal de fondo color negro y borde blanco, y en su interior el texto “ALTO EN”, seguido de: “GRASAS SATURADAS”, “SODIO”, “AZÚCARES” o “CALORÍAS” según corresponda. Asimismo en la parte inferior del rotulado deberá inscribirse en letras blancas, la frase “Ministerio de Salud”. Las palabras escritas en el etiquetado deberán ser escritas en letra “Arial” estilo “bold”.

Además la Ley N° 20606 se prohíbe expresamente a los productores, utilizar en su rotulo o publicidad descripciones de las propiedades nutricionales de su producto, si este sobrepasa alguno de los parámetros establecidos en el D.S. N° 977/1996.



Figura 9: Rotulado frontal para alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar, sodio, grasas saturadas y calorías. Reglamento Sanitario de los Alimentos. Decreto Supremo N° 977/1996, última modificación realizada por Decreto N° 13/2015. Copyright 2015.

Finalmente, el D.S. N° 977/1996 establece la excepción de rotular a ciertos alimentos o productos alimenticios como:

- a) Los alimentos o mezclas de estos al que no se le haya añadido azúcares, miel, jarabes, sodio o grasas saturadas.
- b) Los alimentos que se comercialicen a granel, los porcionados, los fraccionados y los preparados a solicitud del público, aunque éstos se envasen al momento de la venta.
- c) Los alimentos para regímenes especiales: fórmulas para lactantes, preparaciones comerciales de alimentos infantiles que no le hayan adicionado azúcar, alimentos infantiles a base de cereales que no le hayan adicionado azúcar, los alimentos para uso médico o medicinal y los alimentos dirigidos a controlar el peso.
- d) Suplementos alimenticios de los deportistas.
- e) Edulcorantes de mesa libres de azúcares y calorías.

3.5.3.2. Restricciones a la publicidad de alimentos

Las medidas adoptadas por la legislación chilena en materia de publicidad de alimentos puede considerarse como una de las más restrictivas de la región, debido a las prohibiciones establecidas por la Ley N° 20606, el D. S. N° 13/2015 que modifica el D.S. N° 977/1996 y la Ley sobre publicidad de los alimentos (Ley N° 20869).

La Ley N° 20606 define a la publicidad como toda forma de promoción, comunicación, recomendación, propaganda, información o acción destinada a promover el consumo de un determinado producto (art. 7°). Esta definición también fue recogida por el Reglamento Sanitario de Alimentos (art. 106° inc. 34) para cumplir con las disposiciones establecidas por la presente ley.

Para determinar cuándo una publicidad de alimentos está dirigida hacia un público infantil, el artículo 110° bis del D.S. N° 977/1996 establece que se tomará en cuenta el uso de elementos como personajes y figuras infantiles, animaciones, dibujos animados, juguetes,

música infantil, si contempla la presencia de personas o animales que atraigan el interés de menores de 14 años, o si contiene declaraciones o argumentos fantásticos acerca del producto o sus efectos, voces infantiles, lenguaje o expresiones propias de niños, o situaciones que representen su vida cotidiana, como son la escuela, el recreo o los juegos infantiles.

De forma complementaria el mencionado artículo considera que la publicidad de alimentos o productos alimenticios está dirigida a menores de 14 años, cuando se realiza en programas o sitios web dirigidos a ese público objetivo; o cuando estos programas o sitios web capten una audiencia de menores de 14 años, mayor al 20%. Esto incluye el uso de espacios publicitarios durante, entre o inmediatamente antes o después de la difusión de dichos programas o sitios web (art. 110° bis del D.S. N° 977/1996).

Asimismo, la normativa chilena prohíbe toda actividad publicitaria alimenticia dirigida a menores de 14 años que supere los parámetros establecidos por el Reglamento Sanitario de Alimentos (ver tabla 07). Los anuncios publicitarios que no cumplan con este requisito deben ser transmitidos entre las 22:00 y las 06:00 horas.

Sin embargo, esta prohibición tiene una ligera excepción establecida por el artículo 2° de la Ley N° 20869, la cual permite a la publicidad de los alimentos -señalados como no saludables- participar de eventos o espectáculos de carácter deportivo, cultural, artístico o de beneficencia social; siempre y cuando los productores y/o anunciantes cumplan con los siguientes requisitos:

- a) *Que el evento o espectáculo no sea organizado o financiado, exclusivamente, por la empresa interesada en la publicidad o por sus coligadas o relacionadas.*
- b) *Que la publicidad no esté destinada o dirigida, directa o indirectamente, a menores de catorce años.*

- c) *Que la publicidad no muestre situaciones de consumo que induzcan a éste ni al producto promocionado.*
- d) *Que la publicidad se encuentre acotada a la exhibición de la marca o nombre del producto.* (art. 2 Ley N° 20869)

Las restricciones a la publicidad en Chile no solo están circunscritas a lo que se puede considerarse como saludable o dirigidas hacia el factor edad; existen también restricciones dirigidas a prohibir prácticas publicitarias consideradas como negativas debido a que pueden alentar malos hábitos en el consumidor.

Dentro de este tipo de prácticas consideradas como negativas la Ley N° 20606 prohíbe el uso de ganchos comerciales como regalos, accesorios, adhesivos, concursos, juegos y otros elementos ajenos al producto alimenticio (art. 8). Del mismo modo, la Ley N° 20869 prohíbe a la publicidad de alimentos afirmar que los referidos productos satisfacen por sí solos los requerimientos nutricionales de un ser humano; así como el uso de violencia o agresividad (art. 1)

Finalmente la legislación chilena mencionada considera que a fin de contrarrestar los malos hábitos de consumo en el sector alimenticio, los productores y anunciantes deberán incluir dentro de su publicidad efectuada en medios de comunicación masivos mensajes que promuevan hábitos de vida saludable, las cuales estarán determinadas por el Reglamento Sanitario de Alimentos.

3.5.4. Perú

A diferencia de los casos anteriormente explicados, las medidas dirigidas a combatir el sobrepeso y la obesidad han sido de reciente implementación. Los antecedentes de esta política pueden rastrearse a los proyectos de ley a enero del 2012 cuando ingreso a debate en

el Congreso de la República, el Proyecto de Ley “Prevención y Control de Riesgos del Consumo de Comidas o Alimentos con Altos Contenidos de Nutrientes y Exceso de Calorías” (Proyecto de Ley 774/2011-CR) así como el Proyecto de Ley “Ley que Prohíbe la Venta de Comida Chatarra en los Colegios Públicos y Privados” (Proyecto de Ley 775/2011-CR).

En abril del mismo año, fue presentado el Proyecto de Ley “Ley de Promoción de la Salud para la protección de los Consumidores Niños, Niñas y Adolescentes” (Proyecto de Ley 1038/2011-CR) que incluía recomendaciones similares a los Proyectos de Ley 774/2001-CR y 775/2011-CR, motivo por el cual en mayo del 2012 la Comisión de Defensa del Consumidor y Organismos Reguladores de los Servicios Públicos del Congreso de la República decidió acumularlos.

La acumulación de proyectos sucesivo dio sus frutos en el año 2013 cuando fue promulgada la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes (Ley N° 30021). Posteriormente en abril del año 2015 se emitió Reglamento que establece los Parámetros Técnicos sobre los Alimentos y Bebidas No Alcohólicas Procesados, referentes al contenido de Azúcar, Sodio y Grasas Saturadas. (Decreto Supremo N° 007-2015-SA).

Finalmente en junio del año 2017 se promulgó el Reglamento de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes (Decreto Supremo N° 017-2017-SA) que entre otras cosas deroga el D.S. N° 007-2015-SA y obliga al Ministerio de Salud (MINSA) la elaboración del Manual de Advertencias Publicitarias (aún no publicado).

Cabe señalar que las disposiciones establecidas por la Ley N° 30021 y su Reglamento, tienen una naturaleza complementaria a las normas establecidas por la Ley de Represión de la Competencia Desleal (Decreto Legislativo N° 1044); el Código de Protección y Defensa del

Consumidor (Ley N° 29571); la Ley de Rotulado de Productos Industriales Manufacturados (Ley N° 28405) y su Reglamento (Decreto Supremo N° 020-2005-PRODUCE); entre otras normas de similar constitución.

Una vez ubicados dentro del contexto normativo, pasaremos a explicar las principales medidas adoptadas para reducir los índices de sobrepeso y obesidad por parte del Estado Peruano.

3.5.4.1. *Promoción de la alimentación y espacios saludables.*

La Ley N° 30021 busca promover un estilo de vida basado en la educación nutricional, la alimentación saludable; la promoción del deporte y la actividad física entre los menores de edad que cursen la educación básica regular y la educación básica no escolarizada; siendo los responsables de su aplicación el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Educación (MINEDU).

Dentro de las medidas establecidas por la Ley N° 30021 podemos encontrar:

- a) La enseñanza de la alimentación saludable y su implementación en la currícula escolar;
- b) Realización de campañas y charlas informativas dirigidas a difundir las ventajas de la alimentación saludable;
- c) Difusión y promoción en los medios de comunicación de las ventajas del consumo de alimentos con alto contenido nutricional;
- d) Promoción de la actividad física diaria según la cantidad mínima establecida para cada edad.

De forma más específica, el Reglamento de la Ley N° 30021 limita el accionar del MINSA a la elaboración y actualización del marco técnico-normativo (políticas, normas, estrategias o

lineamientos técnicos) que regirá los lineamientos para la promoción y protección de la alimentación saludable con enfoque intercultural a nivel nacional (art. 05), la prestación de asistencia técnica para la promoción de la alimentación saludable y estilos de vida saludable. (art. 07) y la realización de campañas u otras intervenciones comunicacionales para la promoción de la alimentación saludable, la actividad física y otras prácticas saludables dirigidas especialmente a estudiantes, a los integrantes de las familias y la comunidad educativa en general. (art. 08)

Por otro lado, según el Reglamento de la Ley N° 30021, el MINEDU está a cargo de desarrollar las políticas, planes, programas y/o recursos pedagógicos que promuevan la educación nutricional, la alimentación saludable y la actividad física con enfoque intercultural a partir de las disposiciones establecidas por el MINSA; teniendo en consideración la cultura alimentaria regional y local; la promoción de la conservación de la agro biodiversidad y la generación de herramientas dirigidas a evitar la depredación de los recursos naturales. El resultado de este trabajo deberá ser reflejado en la currícula escolar y poder así ser aplicado por los docentes.

En el caso de las campañas dirigidas a la promoción del deporte y la actividad física, el Reglamento de la Ley N° 30021 establece que el MINEDU en coordinación con el MINSA, los Gobiernos Regionales, los Gobiernos Locales y el Instituto Peruano del Deporte (IPD) deberán promover la práctica diaria de la actividad física y del deporte de los estudiantes de las Instituciones Educativas Públicas y Privadas de Educación Básica, de acuerdo a lo recomendado para cada grupo de edad; mientras que el desarrollo de la infraestructura e implementación de espacios públicos para hacer factible esta disposición estará a cargo de los gobiernos regionales y locales en coordinación con el IPD.

3.5.4.2. Promoción de kioscos y comedores saludables

Esta medida establecida por la Ley N° 30021 está dirigida a promover la venta y expedición de alimentos saludables en los kioscos y comedores de las instituciones de educación básica regular. Para que un alimento sea considerado como saludable deberá seguir las normas dictadas por el Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Agricultura, los gobiernos locales y los gobiernos regionales. (art. 06)

El Reglamento de la Ley N° 30021 especifica que para la aplicación de esta medida, el MINEDU deberá tener en consideración el marco técnico normativo del MINSA referente al control sanitario de quioscos, comedores y cafeterías escolares y los alimentos y bebidas saludables, los cuales deberán ser emitidos en un plazo no menor de 150 días luego de la aprobación del mencionado reglamento.

Al respecto, consideramos que la promoción de comida saludable en los colegios es una medida que debe cumplirse, aun cuando su origen sea una prohibición. El problema a nuestro entender es que el alcance de la norma puede verse afectada por la interpretación y el alcance de la palabra “control sanitario” por parte de las entidades encargadas de implementar la política.

Por control sanitario se entiende a las normas dirigidas a evaluar la higiene, calidad, manipulación, inocuidad, elaboración, comercialización y expendio de alimentos y bebidas a fin de garantizar el cumplimiento de las normas sanitarias. Dicho esto, el control sanitario no tiene como finalidad garantizar el contenido nutricional de los alimentos sino que estos sean aptos para su consumo humano.

Asimismo, debemos señalar que la Ley N° 30021 se enfoca principalmente en desalentar el consumo de alimentos procesados. Al incluir el Decreto Supremo N° 017-2017-SA la

definición de “control sanitario”, es muy probable que las entidades encargadas de implementar esta política interpreten la norma y el reglamento de una forma más restrictiva de lo que realmente se tiene.

3.5.4.3. Restricciones a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas

La Ley N° 30021 define la publicidad como toda forma de comunicación difundida a través de cualquier medio o soporte, y objetivamente apta o dirigida a promover, directa o indirectamente, la imagen, marcas, productos o servicios de una persona, empresa o entidad en el ejercicio de su actividad comercial, industrial o profesional, en el marco de una actividad de concurrencia, promoviendo la contratación o la realización de transacciones para satisfacer sus intereses empresariales (art. 3 inc. 04); la cual coincide con la definición regulada en el inciso d del artículo 59 del D.L. N° 1044.

A pesar de compartir la misma definición ambas leyes, la entrada en vigencia de la Ley N° 30021 aumento el nivel de restricciones a la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a menores de edad existentes en el D.L. N° 1044, al prohibir en el Art. 08 las siguientes prácticas publicitarias:

- a) Incentivar el consumo inmoderado de alimentos y bebidas no alcohólicas, con grasas trans, alto contenido de azúcar, sodio y grasas saturadas, conforme a lo establecido en la presente Ley.
- b) Mostrar porciones no apropiadas a la situación presentada ni a la edad del público al cual está dirigida.

- c) Usar argumentos o técnicas que exploten la ingenuidad de los niños, niñas y adolescentes, de manera tal que puedan confundirlos o inducirlos a error respecto de los beneficios nutricionales del producto anunciado.
- d) Generar expectativas referidas a que su ingesta proporcione sensación de superioridad o que su falta de ingesta se perciba como una situación de inferioridad.
- e) Indicar como beneficios de su ingesta la obtención de fuerza, ganancia o pérdida de peso, adquisición de estatus o popularidad.
- f) Representar estereotipos sociales o que originen prejuicios o cualquier tipo de discriminación, vinculados con su ingesta.
- g) Crear una sensación de urgencia o dependencia por adquirir el alimento o la bebida no alcohólica, ni generar un sentimiento de inmediatez o exclusividad.
- h) Sugerir que un padre o un adulto es más inteligente o más generoso por adquirir el alimento o bebida que el que no lo hace; tampoco hacer referencia a los sentimientos de afecto de los padres hacia sus hijos por la adquisición o no del producto.
- i) Promover la entrega de regalo, premio o cualquier otro beneficio destinado a fomentar la adquisición o el consumo de alimentos o bebidas no alcohólicas.
- j) Utilizar testimonios de personajes reales o ficticios conocidos o admirados por los niños y adolescentes para inducir a su consumo.
- k) Establecer sugerencias referidas a que se puede sustituir el régimen de alimentación o nutrición diaria de comidas principales, como el desayuno, el almuerzo o la cena.
- l) Alentar ni justificar el comer o beber de forma inmoderada, excesiva o compulsiva.
- m) Mostrar imágenes de productos naturales si estos no lo son.

Además, el Reglamento de la Ley N° 30021 parece reforzar este tipo de prohibiciones. El artículo 14 del D.S. N° 017-2017-SA establece que en el análisis de los anuncios publicitarios

no solo debe tenerse en cuenta el mensaje, las situaciones y el lenguaje utilizado sino también los siguientes criterios:

- a) Si los anuncios radiales o televisivos, son difundidos dentro del horario familiar establecido en la Ley N° 28278, Ley de Radio y Televisión y demás normas conexas y si el espacio, segmento o programa en el que son difundidos tiene como público objetivo o audiencia principal a menores de 16 años.
- b) Si los anuncios difundidos en medios escritos, pueden ser adquiridos legalmente por menores de edad.
- c) La publicidad consignada en el empaque o envase del producto, y que este producto pueda ser adquirido legalmente por menores de edad.
- d) Todos los anuncios difundidos por internet de páginas web que puedan ser accedidas legalmente por menores de edad.
- e) Todos los anuncios difundidos en la vía pública.

Como vemos, las reglas dispuestas por el D.S. N° 017-2017-SA resultan explícitas en cuanto al uso de medios para publicitar anuncios del sector alimenticio. De acuerdo con el artículo 40° de la Ley N° 28278, Ley de Radio y Televisión, el horario familiar queda comprendido entre las 06:00 y las 22:00 horas. Dentro de esta franja deberá evitarse los contenidos violentos, obscenos o de otra índole que puedan afectar los valores inherentes a la familia, los niños y adolescentes.

3.5.4.4. *Inclusión de advertencias publicitarias*

El artículo 10° de la Ley N° 30021 establece el uso de las siguientes advertencias publicitarias para disuadir e informar de los peligros del consumo de ciertos productos

alimenticios y bebidas no alcohólicas debido a su alto contenido de grasas trans, azúcar, sodio y grasas saturadas:

"Alto en (Sodio-azúcar-grasas saturadas): Evitar su consumo excesivo"

"Contiene grasas trans: Evitar su consumo"

Las mencionadas advertencias publicitarias serán aplicables a aquellos alimentos y bebidas alcohólicas que no superen los parámetros técnicos establecidos por el artículo 4° del D.S. N° 017-2017-SA, el cual establece que la advertencia deberá comprender el 15% del tamaño del anuncio físico mientras que en el ámbito audiovisual las advertencias deberán permanecer en el aire durante el tiempo que dure el anuncio.

La inclusión de advertencias publicitarias en los empaques de alimentos y bebidas no alcohólicas aún se mantiene en suspenso hasta la publicación del Manual de Advertencias Publicitarias, el cual tiene un plazo no mayor de 120 días calendario a partir de la aprobación del D.S. N° 017-2017-SA para su elaboración y refrendación por los sectores competentes e interesados

Tabla 08

Parámetros técnicos sobre los alimentos procesados referentes al contenido de azúcar, sodio, grasa saturada, grasa trans establecidos por el Reglamento de la Ley N° 30021

Parámetros Técnicos	Plazo de entrada en vigencia	
	A los seis (06) meses de la aprobación del Manual de Advertencias Publicitarias	A los treinta y nueve (39) meses de la aprobación del Manual de Advertencias Publicitarias
Sodio en Alimentos Sólidos	Mayor o igual a 800 mg /100g	Mayor o igual a 400 mg/100g
Sodio en Bebidas	Mayor o igual a 100 mg /100ml	Mayor o igual a 100 mg/100ml
Azúcar Total en Alimentos Sólidos	Mayor o igual a 22.5g /100g	Mayor o igual a 10g/100g
Azúcar Total en Bebidas	Mayor o igual a 6g/100ml	Mayor o igual a 5g/100ml
Grasas Saturadas en Alimentos Sólidos	Mayor o igual a 6g/100g	Mayor o igual a 4g/100g
Grasas Saturadas en Bebidas	Mayor o igual a 3g /100ml	Mayor o igual a 3g/100ml
Grasas Trans	Según la Normatividad Vigente	Según la Normatividad Vigente

Nota. Recuperado del Reglamento de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Decreto Supremo N° 017-2017-SA. Copyright 2017. Reimpreso con permiso del Diario Oficial El Peruano.

Asimismo tanto la Ley N° 30021 como su reglamento establecen que el organismo indicado de velar por el cumplimiento de esta norma a nivel nacional es la Comisión de Fiscalización de la Competencia Desleal del INDECOPI.

3.6. ¿Por qué no funcionan las medidas adoptadas por la Ley N° 30021?

3.6.1. Definición de Publicidad

Al margen de la definición de publicidad establecida por el D.L. N° 1044 y referenciado por la Ley N° 30021, debemos entender que la publicidad tiene varias acepciones, entre las que destacan las siguientes:

- a) La publicidad como un proceso específico de comunicación —anunciante, anuncio, codificación, medios masivos, público objetivo y decodificación— dirigida de manera impersonal a las masas; motivo por el cual por lo tanto los receptores de los anuncios deberán estar sujetos constantemente a la retroalimentación e interacción del mensaje enviado. (García 2001)
- b) La publicidad como una herramienta del marketing que utiliza los medios de comunicación como soportes con el fin de llegar a un público objetivo previamente seleccionado y obtener su interés a partir de una propuesta creativa, para lograr la fidelización de los consumidores. (Russell et al. 2005)
- c) La publicidad como una expresión estética, cultural, de comunicación audiovisual y de lenguaje icónico estrechamente vinculada a los medios de comunicación y que refleja su propia visión del mundo apelando a la benevolencia, la distensión y la seducción. (Lipovetsky 2006, Vilasuso 2013)
- d) La publicidad como mecanismo económico que estimula la competitividad de los mercados y facilita la entrada de nuevos productos y empresas; debido a que los consumidores pueden usar la información proporcionada por la publicidad como un marco referencial del producto y así obligar a los productores a mejorar la calidad y buscar disminuir los precios (Calfee 2013)

Asimismo, la eficacia de la publicidad (Russell et al. 2005) se mide por la capacidad de:

- a) Generar ideas sobre los atributos y los beneficios positivos del producto anunciado
- b) Expresar las ideas con claridad, tomando en cuenta el punto de vista del consumidor
- c) Mantener su continuidad en el tiempo debido a que las ideas deben ir acompañadas de un efecto multiplicador que permita a los usuarios reconocer el producto adecuadamente.

Por ello, pensamos que la definición de publicidad recogida por la Ley N° 30021 resulta inadecuada para sancionar las conductas descritas en el Art. 08 de la citada ley debido a que solo le atribuye a la publicidad un carácter meramente informativo, menospreciando su importancia como mecanismo económico y tergiversando su rol como agente social y persuasivo.

A diferencia de la Ley N° 30021, la razón de la amplitud de la definición establecida por el D.L. N° 1044 tiene una justificación de carácter económico. El objetivo del D.L. N° 1044 es sancionar las prácticas comerciales contrarias a las reglas de juego establecidas por el mercado y que puedan afectar el proceso competitivo mientras que la Ley N° 30021 busca reducir y eliminar las enfermedades vinculadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas conocidas como no transmisibles.

Para cumplir con el objetivo de reprimir los actos de competencia desleal, la normativa del D.L. N° 1044 reconoce a la Comisión de Fiscalización de la Competencia Desleal (CCD) perteneciente al Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) como el único organismo del Estado con facultades para velar por el cumplimiento de la ley y sancionar las infracciones que se cometan. Es por ello que el D.L. N° 1044 necesita una definición amplia a fin de intervenir en las diversas zonas grises que se presenten, como por ejemplo, la publicidad encubierta.

Por otro lado, la Ley N° 30021 tiene justificaciones no-económicas dirigidas a mejorar el bienestar de las persona – en este caso – proteger el derecho a la salud pública, lo cual obliga a tener una definición de publicidad de carácter integral y restringida; por lo que resultaría inadecuado aplicar las restricciones publicitarias establecidas en el Art. 08 de la Ley N° 30021 a las conductas sancionables por el D.L. N° 1044 tal como lo establece el Art. 11 de la Ley N° 30021.

3.6.2. Funciones de la Publicidad

La literatura económica asigna a la publicidad una diversidad de funciones entre las que destacan las siguientes funciones:

- a) **Función Informativa:** La publicidad suministra información sobre las características de un producto, estableciendo así un marco de referencia a partir del cual interpretamos la realidad o aprendemos de situaciones aún no afrontadas.

La cantidad de información brindada por la publicidad dependerá del mercado específico del producto y sus características (Súmar y Avellaneda 2010), teniendo como consecuencia el aumento de la competencia, disminución del precio y efectos positivos respecto a la calidad del producto (Calfee 2013).

- b) **Función Persuasiva:** La publicidad está diseñada para predisponer a una persona a comprar un producto, cambiar de parecer, fortalecer el consumo o propiciar un menor consumo. (Russell et al. 2005).

Para lograr atraer la atención de los consumidores, los publicistas utilizan una serie de técnicas que pueden incluir la repetición del anuncio, el uso de personajes asociados a la marca (*branded characters*), eslóganes, uso de celebridades y merchandising que acompaña la venta del producto. (Calvert 2008).

- c) **Función Social:** La publicidad es un agente de socialización mediante el cual los individuos adquieren hábitos, cánones estéticos, estereotipos y valores culturales que luego se refuerzan a través de la educación y la imitación.

La función social de la publicidad no se limita solo a transmitir valores, sino que también conecta al público objetivo con los referentes socialmente significativos, y con valores y comportamientos previamente aceptados. (Espino & Blanco 2005)

- d) **Función Complementaria:** De acuerdo con esta teoría, la publicidad incrementa la función de utilidad del producto. El valor del producto aumenta no necesariamente porque la publicidad otorgue información que los consumidores no sepan, sino porque logra asociar el producto publicitado con los valores del público al cual va destinado. (Súmar y Avellaneda 2010)

Se asume que los consumidores están constantemente adquiriendo conocimientos respecto a la utilidad de un producto y que esto puede ser obtenido de distintas fuentes; lo cual explicaría el porqué del éxito de las campañas publicitarias.

3.6.3. Interpretación de los anuncios publicitarios

Las disposiciones en torno a la interpretación de los mensajes publicitarios en Perú establecidas por el artículo 14° del D.S. N° 017-2017-SA son de naturaleza restrictiva (lenguaje, gráficos, personajes, símbolos empleados, anuncios dirigidos de preferencia a menores de 16 años) y se caracterizan por no tener excepciones (como el caso chileno de los espectáculos deportivos y culturales dirigidos hacia el público adulto) o prohibir ciertas prácticas publicitarias toleradas en otros países de la región (Ecuador, Chile) como es el uso de personajes reales o de ficción.

Consideramos que restringir el uso de prácticas publicitarias puede resultar contraproducente para los menores de edad, debido a que dificulta su proceso de socialización como consumidores.

La socialización consumidor es un proceso inherentemente cultural, por el cual a través de la educación y la imitación, los menores de edad interiorizan y adquieren hábitos de consumo como los valores congruentes con su cultura (Berenguer et al. 2001)

Roedder (1999) describe el proceso de socialización del consumidor en tres estadios muy bien definidos: perceptual, analítico y reflexivo; los cuales están distribuidos de acuerdo a la edad de los menores e inspirados en el trabajo de Jean Piaget:

- a) Estadio Perceptivo (de 3 a 7 años): En esta etapa los menores están dominados por el pensamiento simbólico y por lo tanto sus decisiones de compra están influenciadas por indicadores perceptuales como el tamaño, la forma o el color del producto; características que son opuestas a la abstracción. El niño exhibe familiaridad con conceptos tales como identificar la marca de un producto o el logo de una tienda pero raramente su conocimiento va más allá de un nivel superficial debido a sus limitaciones en la codificación y estructuración de la información.

Durante la etapa perceptiva, los niños se caracterizan por tener una perspectiva egocéntrica de las cosas. A pesar que pueden ser conscientes de que los padres de familia, amigos y demás personas que lo rodean tienen otros puntos de vista, tiene dificultades para colocarse en la posición del otro, lo que deja por tierra cualquier espacio para el diálogo.

- b) Estadio Analítico (de 7 a 11 años): Esta etapa es conocida por ser una etapa de cambios donde los niños desarrollan sus habilidades como consumidores. Durante el estadio analítico los niños empiezan a mejorar su capacidad de abstracción lo que ayuda a

mejorar el nivel de procesamiento de la información suministrada por la publicidad, la marca y el precio de los productos; lo cuales son analizados de forma más detallada y con una perspectiva que va más allá de sus sentimientos y motivos.

El incremento de sus habilidades para el procesamiento de la información conlleva también a discriminar los productos elegidos de acuerdo a sus características, dimensiones o atributos; lo que obliga a los publicistas y productores a buscar nuevos estímulos comerciales basados en valores. Los niños durante esta etapa dejan de tener una perspectiva egocéntrica para incorporar estrategias de negociación con los padres para conseguir los productos o artículos deseados.

- c) Estadio Reflexivo (de 11 a 16 años): En esta etapa los niños comprenden significados relacionados con el consumo en contextos sociales más complejos, profundizando las destrezas adquiridas en el estadio analítico al desarrollar un procesamiento de la información más sofisticado y que toma en cuenta las habilidades sociales.

Los menores durante el estado reflexivo empiezan a construir su propia identidad, instrumentalizando para ello el consumo, por lo tanto sus decisiones se adaptan a la situación y el momento.

Al ser el estadio reflexivo una etapa de búsqueda de independencia, los menores tratarán de influir en los padres y amigos con la finalidad de reflejar una mayor conciencia social, así como favorecer el uso de estrategias complejas, las cuales serán mejor recibidas que un simple enfoque directo para poder conseguir el producto deseado.

Como podemos ver, la capacidad de reconocimiento y entendimiento de los menores de los anuncios publicitarios es un proceso de aprendizaje en el que intervienen muchos factores que no implican necesariamente a la publicidad, sino que esta se ve contrarrestada por

influencias de carácter social como lo es la familia, los amigos y los centros de socialización como la escuela, el hogar o la interacción con otras personas.

La Ley N° 30021 y su reglamento el D.S. N° 017-2017-SA hipotéticamente restringen solo la publicidad de alimentos procesados dirigida a los menores de 16 años. En la práctica, la aplicación de ambas leyes en un sentido estricto afectaría a cualquier anuncio publicitario de alimentos procesados entre las 06:00 y las 22:00 horas. Esto se debe a que el sector alimenticio salvo excepciones muy puntuales (como los suplementos vitamínicos, leche materna, bebidas alcohólicas) tiene como público objetivo la totalidad de los consumidores existentes en el mercado, siendo indiferente respecto a la edad de quienes recibirán el mensaje.

Debido a la amplitud del público objetivo al cual deberán llegar los anuncios publicitarios de los productos alimenticios, los publicistas elaboran sus guiones entorno a situaciones familiares (hogar, la escuela, supermercado), sociales (el trabajo, reuniones, eventos) o afectivas (relaciones padres-hijos; pareja sentimental) para lograr que el producto alimenticio sea reconocido por la totalidad de los consumidores como parte de sus vidas (Russell et al. 2005; Codeluppi 2007) y por lo tanto está sujeto a diversas interpretaciones que terminan superando las restricciones establecidas por el artículo 14° del D.S. N° 017-2017-SA.

Finalmente un punto menos explorado que sobrepasa a las disposiciones establecidas por la Ley N° 30021 y el D.S. N° 017-2017-SA en materia de interpretación, es la capacidad de los publicistas y creativos de poder influir en la construcción de los mensajes publicitarios y así distorsionar los alcances potenciales y reales del anuncio publicitario originalmente solicitado por los productores (Etayo & Del Rio 2008).

Esto se debe a que gracias a movimientos culturales aparecidos a principios de los años 60's como la Postmodernidad, ha logrado reivindicar para la publicidad un carácter estético

(Vilasuso 2013) y a sus creativos; rasgos artísticos como la provocación, la subversión, la insolencia, la percepción visionaria y la conciliación de contrarios (León Sáez 2000); lo que lleva a considerar a la publicidad como una especie de expresión artística de nuestros tiempos.

3.6.4. El escepticismo del consumidor frente a la publicidad

Gran parte de las controversias existentes en torno a si se debe regular la publicidad surgen de la discusión acerca del rol de la publicidad en la vida de los niños y adolescentes. Como hemos visto anteriormente, los estadios por los que pasan los niños durante el proceso de socialización del consumidor hace que a medida que pasen los años, comprendan y distingan mucho mejor las intenciones de los anuncios publicitarios haciéndolos menos proclives a creer en los recursos utilizados por los publicistas y creativos.

Para Calfee (2013) esta paradoja se sustenta en el desarrollo económico de las sociedades. En el caso de los países que adoptaron un modelo de libre mercado; los consumidores al tener una gran cantidad de ofertas al momento de elegir un producto, tienden a utilizar los anuncios publicitarios como una fuente útil de información y referencia acerca de las características del producto; pero debido al carácter insistente y persuasivo de los anuncios publicitarios, los consumidores empiezan a creer que los productores busca engañarlos con la finalidad de aumentar sus ganancias. Al parecer el escepticismo basado en la idea de todo empresario busca engañar a los consumidores para maximizar sus ganancias se forma en los primeros años de vida. Al respecto Chu et al. (2014) consideran su origen en la desconfianza que tienen los niños hacia el contenido o las afirmaciones de un anuncio en específico debido a su

contenido poco realista y que termina convirtiéndose en una desconfianza generalizada de todos los anuncios.

Por lo tanto, para evitar este sentimiento de suspicacia frente a la publicidad, los publicistas y productores recurren a diversas estrategias que condicionen la compra de los consumidores como: a) la repetición del anuncio publicitario, b) demostración de las propiedades del producto, c) uso del humor, d) mostrar el consumo del producto por parte del público objetivo, e) uso de celebridades y personajes animados y f) uso de premios y promociones. (Calvert 2008)

Sin embargo, a pesar del uso por parte de los productores y publicistas de estas estrategias persuasivas, el nivel de escepticismo que los menores tienen frente a los anuncios publicitarios no ha disminuido. Un estudio realizado por Rozendaal et al. (2011) a 209 niños de las edades comprendidas entre los 8-12 años y a 96 adultos mayores de 18 años demostró que los niños de 8 a 12 años entendían perfectamente el objetivo de las estrategias publicitarias aplicadas a los anuncios publicitarios al igual que los adultos encuestados, mostrando un incremento considerable de entendimiento de este tipo de prácticas a partir de los 10 años de edad. Además, el estudio reveló que los niños a partir de los 8 años reconocían con facilidad el objetivo principal de usar de celebridades y personajes animados en la publicidad de un producto; mientras que estrategias persuasivas como la demostración del producto fue entendida a partir de los 12 años de edad.

3.6.5. La Publicidad y los Actos de Engaño

Debemos mencionar que anterior a la vigencia de la Ley N° 30021, existían mecanismos normativos dirigidos a velar por un adecuado desempeño de la publicidad. Así, el artículo 8°

del D.L. N° 1044 cubría buena parte de estas restricciones a través de los actos de engaño, el cual consiste en:

[La] “*realización de actos que tengan como efecto, real o potencial, inducir a error a otros agentes en el mercado sobre la naturaleza, modo de fabricación o distribución, características, aptitud para el uso, calidad, cantidad, precio, condiciones de venta o adquisición y, en general, sobre los atributos, beneficios o condiciones que corresponden a los bienes, servicios, establecimientos o transacciones que el agente económico que desarrolla tales actos pone a disposición en el mercado; o, inducir a error sobre los atributos que posee dicho agente, incluido todo aquello que representa su actividad empresarial*” (artículo 8° D.L. N° 1044)

De acuerdo con Aramayo et al., el engaño publicitario como acto de competencia desleal se configura cuando el proveedor anunciante realiza afirmaciones objetivas falsas u omite información relevante que engaña o induce a error a los consumidores sobre las características, propiedades o atributos de los productos o servicios que comercializa en el mercado. (Aramayo et. al 2013, p. 35)

Al respecto, consideramos que la definición de Aramayo resulta limitante debido a que la norma establecida en la D.L. N° 1044 no se circunscribe solo a los casos de afirmaciones falsas o de omisión de información, sino que es susceptible a sancionar aquellos actos que pueden tener un efecto potencial debido a la presencia de contenidos contradictorios, inexactos o ambiguos en el mensaje publicitario.

Tenemos así que el Instituto Nacional de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) ha señalado que:

“Es responsabilidad del anunciante no solo transmitir la información verdadera a través de la publicidad, sino asegurarse que esta no sea susceptible de inducir a error a

los consumidores, al presentar, por ejemplo, un contenido inexacto y/o ambiguo, que pueda desvirtuar los términos de la oferta anunciada” (Res. N° 478-2011/SC1-INDECOPI del 24.02.2011)

Para Rodríguez & Sosa (2014) lo expuesto anteriormente impone a los anunciantes la carga de asumir las consecuencias de cualquier ambigüedad existente en el mensaje publicitario. Esta carga presenta dos momentos muy claros: El primero dirigido a responsabilizar a los anunciantes en caso que la publicidad difundida sea oscuro y/o ambigua; mientras que la segunda establece que en caso de existir interpretaciones negativas en el mensaje publicitario, el anunciante tendrá las responsabilidades del caso por la inducción al error contenido en el anuncio publicitario.

Por otro lado cuando el artículo 8° del D.S. N° 1044 usa la palabra “potencial” no se contenta con solo analizar de manera superficial el mensaje del anuncio publicitario, sino que obliga a apreciar si el efecto de “inducir al error” resulta un peligro posible, real o potencial como tal hacia algún agente económico del mercado.

Sin embargo, este concepto desarrollado entorno a los actos de engaño no es compartido por la Ley N° 30021. El artículo 9° de la citada ley establece el principio de veracidad publicitaria. Este principio obliga a los mensajes publicitarios del sector alimenticio a ser claros, objetivos y pertinentes por considerar al público infantil y adolescente como incapaz e inexperto para valorarlos e interpretarlos.

En otras palabras, la Ley N° 30021 prohíbe el uso del humor y la fantasía con la finalidad de promocionar productos del sector alimenticio. Esto colisiona con lo dispuesto por el D.S. N° 1044, el cual garantiza: a) el ejercicio de la libertad de expresión empresarial, siempre y cuando esta no afecte el proceso competitivo de la economía social de mercado ni afecte el derecho a la información que corresponde a los consumidores (art. 19), y; b) el uso de

licencias publicitarias (humor, fantasía y exageración) en la medida que tales recursos no configuren como actos de competencia desleal.

3.6.6. La Publicidad y el Principio de Adecuación Social

Ciertas restricciones establecidas por el artículo 8° de la Ley N° 30021 como la prohibición de estereotipos sociales que originen prejuicios o cualquier tipo de discriminación o de alentar a los menores a comer de forma excesiva y/o compulsiva pueden ser amparadas por el Principio de Adecuación Social, el cual es comúnmente aplicado para prohibir o restringir una publicidad considerada como antisocial, bajo la consigna de salvaguardar la moral y las buenas costumbres así como evitar fortalecer conductas o hábitos negativos en los menores de edad (Hermida & Palomino 2016)

Los fundamentos del Principio de Adecuación Social en nuestra legislación publicitaria pueden encontrarse en el D.S. N° 1044 y en el Código de Protección al Consumidor.

En efecto el D.S N° 1044 si bien no hace referencia explícita a lo antisocial, termina enumerando una serie de conductas que considera reprobables, prohibiendo a los anunciantes los actos que inducen a cometer actos ilegales o actos discriminatorios u ofensivos por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquier otra índole. (art. 18)

De la misma forma, el Código de Protección al Consumidor recoge este principio con la finalidad de proteger al consumidor de la publicidad al considerar que debido al impacto que la publicidad puede generar en las conductas sociales, la protección del consumidor frente a la publicidad persigue que los anuncios no afecten el principio de adecuación social, evitando que induzcan a cometer actos ilegales o antisociales o de discriminación u otros de similar índole. (art. 13).

El Principio de Adecuación Social y las restricciones establecidas por la Ley N° 30021 en materia de prácticas publicitarias comparten también la misma debilidad. Para Richarte (2014) el problema del Principio de Adecuación Social es su indeterminación debido a que no se describe una conducta que se encuentra prohibida, sino que está sometida a un juicio de valor cuya concretización dependerá del juzgador al momento de resolver el caso.

En consecuencia, la aplicación de este tipo de normas genera un efecto de incertidumbre entre los agentes económicos debido a que no pueden prever si serán sancionados por tal o cual conducta, sino que esta queda sujeta al criterio subjetivo de la autoridad competente, generando un problema de inseguridad jurídica y de eficiencia social.

CAPITULO IV

¿PUEDE LA ECONOMIA CONDUCTUAL EXPLICAR PORQUE NO FUNCIONAN LAS MEDIDAS TOMADAS PARA REDUCIR EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD?

4.1. La Economía Conductual: Una visión realista del comportamiento humano

La economía conductual o economía del comportamiento es una rama de estudio de la economía que utiliza aspectos de la psicología cognitiva, las neurociencias y el estudio de las emociones para explicar cómo funcionan los mercados y cómo las personas toman decisiones, desde una perspectiva diferente a lo propuesto por la teoría económica clásica.

El uso de herramientas psicológicas en la economía no es nuevo. Años antes de escribir “La riqueza de las naciones” (1776), Adam Smith escribió la “Teoría de los sentimientos morales” (1759), tratado donde el padre de la economía usa principios psicológicos para explicar el comportamiento económico de los individuos frente a sus semejantes.

Sin embargo, los economistas a lo largo del s. XIX empezaron a distanciarse de la psicología para adoptar la postura del “*homo economicus*”, un ser que se comporta racionalmente ante los estímulos económicos y con la capacidad de procesar adecuadamente la información proporcionada por el mercado; en pocas palabras, el *homo economicus* es un ser que no comete errores al momento de tomar decisiones.

Esta postura, pareció incuestionable hasta la década de 1960. A partir de esa fecha, los aportes y descubrimientos de la psicología cognitiva generaron las herramientas adecuadas que sirvieron para el desarrollo de la teoría de la “racionalidad acotada o limitada” postulada por Hebert Simon y desarrollada años después por Daniel Kahneman y Amos Tversky.

En 1979, Tversky y Kahneman publicaron en *Econometría* un artículo llamado *Teoría prospectiva: Un análisis de la decisión bajo riesgo*. Esta teoría, desarrollada a partir de evidencia empírica, explica cómo los individuos ante situaciones de riesgo, suelen tomar decisiones que son influenciadas -en su mayor parte- por el estado inicial en el que se encuentran; cuestionando así la racionalidad establecida por el *homo economicus*.

Este y los posteriores trabajos de Tversky y Kahneman hicieron posible que en el 2002 el Premio Nobel de Economía le fuese otorgado a David Kahneman (Amos Tversky había fallecido unos años antes) por sus contribuciones por haber integrado aspectos de la investigación psicológica en la ciencia económica, especialmente en lo que respecta al juicio humano y la toma de decisiones bajo incertidumbre.

La aplicación de la economía conductual en el Derecho es relativamente nueva siendo un campo fecundo para la investigación, especialmente dentro del campo de la regulación económica, la correcta aplicación de las políticas públicas, el análisis de normas legales y de las decisiones de las cortes administrativas y judiciales.

Tenemos así que en algunos de dichos campos antes mencionados, gobiernos como el de Gran Bretaña (Behavioural Insights Team), los Estados Unidos (Social and Behavioral Sciences Team) y Australia (Department of Premier and Cabinet Behavioural Insights Unit) vienen trabajando en la incorporación de herramientas sugeridas por la Economía Conductual y así mejorar las reglas de convivencia entre los distintos sectores de la sociedad.

En el Perú, el desarrollo de este tipo de herramientas viene siendo trabajado por el Ministerio de Educación a través del Minedu Lab, un laboratorio de innovación dirigido a

diseñar, implementar y evaluar la política educativa, el cual se encuentra en fase de implementación¹⁵.

Debemos aclarar que la aplicación de la economía conductual en el derecho no busca regular decisiones mediante la aplicación de normas, sino que busca a partir de la información disponible, generar los incentivos correctos para lograr cambiar la conducta de las personas hacia comportamientos deseables como aumentar las tasas de reciclaje, disminuir las tasas de obesidad, aumentar el número de donantes de órganos, incentivar el ahorro o predisponer que las personas vayan al médico de forma preventiva. En suma, es preferible y menos costoso que las personas logren adaptarse a mejores reglas de convivencia que pretender que las reglas logren internalizarse en las decisiones de las personas. (Rojas & Palomino 2016a)

4.2. Somos predeciblemente irracionales.

Para Rojas & Palomino (2016a) el uso del ensayo-error como método para obtener conocimiento ha sido necesario para el desarrollo de nuestra sociedad, especialmente en las transacciones mercantiles, donde las decisiones de los consumidores responden a incentivos, tales como los precios y la experiencia debido a que la racionalidad del ser humano es voluble debido a la existencia de limitaciones biológicas, emocionales y cognitivas que pueden distorsionar la información y su procesamiento teniendo como resultado decisiones contrarias a las reglas del mercado. Para lograr aterrizar esta idea propondremos el siguiente ejercicio mental:

¹⁵ Actualmente los proyectos establecidos por el Minedu Lab se encuentran en plan piloto. Para mayor información: <http://www.minedu.gob.pe/minedulab/>

Imagine usted que despierta una mañana y no encuentra nada en su refrigeradora con el cual pueda preparar el desayuno. Usted dirá ¡Caramba! ¿Cómo pude olvidarme de realizar las compras para la casa? Y rápidamente se alistará para ir a la tienda más cercana.

En el camino, usted ha decidido que va a desayunar huevos con salchicha pero al entrar a la tienda usted fija la mirada en el mostrador y observa que el jamón y el queso se encuentran colocados en primera línea. Entonces, usted vuelve a pensar que no es mala idea comprar jamón, queso, y; además decide agregar a su compra pan y café para completar su desayuno.

¿No le resulta curioso, verdad? Usted solo fue a la tienda por huevos y salchicha, pero termino regresando con jamón, queso, pan y café. Pero ¿Es eso lo que usted quería? Evidentemente no, y sin embargo su decisión inicial se ha visto afectada y condicionada por diversos factores, que pasaremos a detallar a continuación.

4.2.1. Atención y esfuerzo

En un mundo donde la toma de decisiones es un acto diario de supervivencia, nuestros procesos mentales resultan contaminados por la inmensa carga de distractores que encontramos en nuestro medio ambiente, las sensaciones que reciben nuestros sentidos (olores, sonidos, señales, colores y gustos), esto unido al bombardeo ilimitado de información al que estamos sometidos hace que el cerebro busque ejecutar los procesos mentales de la manera más efectiva posible, aunque en el camino termine obviando muchas cosas y en otras no se preste cuidado a los detalles que suceden alrededor por enfocarse ante determinada actividad.

Por lo tanto, mantener la atención es una de las principales limitaciones que tenemos a la hora de procesar la información debido a que tenemos un presupuesto de energía limitado y por lo tanto nuestro cerebro debe economizar y asignarla a tareas realmente importante.

Si bien la atención constituye una limitación para percibir el mundo, ello no significa que nuestros juicios sean erráticos del todo. Esta conducta de seleccionar ciertos detalles y otros no, se debe a que el ser humano en la Prehistoria fue forjado a no desperdiciar energía debido a que su fuente, la comida, era un bien escaso y por el que debía luchar contra otros pretendientes o depredadores (De la Jara 2016).

Esta conducta ahorrativa permitió a nuestros antepasados a adaptarse a las circunstancias de un mundo cambiante y peligroso; lo que explicaría el por qué dejamos pasar – de manera mecánica y automática- asuntos que parecen superfluos a primera vista pero que a largo plazo resultan importantes y complejos.

4.2.1.2. *La ceguera por falta de atención*

En 1999, Christopher Chabris y Daniel Simons, dos psicólogos estadounidenses de la Universidad de Harvard, diseñaron y realizaron un experimento llamativo que con el tiempo se ha vuelto parte de los libros de enseñanza de introducción a la psicología.

Ambos investigadores convocaron a un grupo de sus alumnos (seis en total) y los dividieron en dos equipos: tres de ellos irían vestidos con polos negros y los tres restantes con polos blancos. Se le pidió a ambos grupos que se pasaran una pelota de básquet, cada equipo con una pelota y entre ellos mismos. Luego, filmaron la escena, hicieron varias copias en VHS y la esparcieron por el campus de la Universidad.

Con la ayuda de sus alumnos consiguieron los voluntarios suficientes y se les pidió que vieran el video – que dura menos de un minuto – y se les pidió que contaran los pases de pelota que realizaban los miembros del equipo blanco y que obviarán la actividad que realizaban los miembros del equipo negro.

A continuación se les pidió que respondieran por el número de pases realizados por los miembros del equipo blanco. La mayoría respondió correctamente (quince pases) sin mayor dificultad.

Luego, se les pregunto si habían visto algo más o inusual mientras se reproducía el video. Más de la mitad de los entrevistados empezó a describir los detalles del escenario donde había sido grabado el video. Unos empezaron a dar detalles sobre los ascensores que estaban en el fondo (tres en total) mientras que otros señalaron la existencia de una dos “S” pintadas en los muros. Sin embargo, cuando se les preguntaba de improviso si habían visto un gorila en el video el 60% de los participantes se mostraron desconcertados. Algunos respondieron ¿Un qué?, mientras que otros respondieron ¿No vi eso? o ¡No puede ser!

En efecto a mitad del video, un estudiante disfrazado de gorila entraba caminando en la escena, se para en medio de los jugadores, mira a la cámara, se golpea el pecho y sale caminando de la escena por el lado contrario al que entró. ¿Qué era lo que volvía invisible al gorila? Por otro lado y no menos importante ¿Qué buscaban los investigadores demostrar?

Cuando los investigadores pidieron a los voluntarios contar los pases realizados por el equipo blanco, su objetivo era mantener ocupada su atención a los acontecimientos desarrollados en el video. Que los participantes acierten o errasen en la cantidad de pases no era lo que les interesaba. El experimento de Chabris y Simons buscaba demostrar lo limitado que puede ser la atención de los seres humanos ante la sobresaturación de estímulos existentes en su medio ambiente. A este fenómeno se le conoce como “ceguera atencional” o “ceguera por falta de atención”.

La “ceguera atencional” o “ceguera por falta de atención” es un error de percepción el cual hace que se tienda a reducir nuestro campo visual y no se logre advertir una gran cantidad de detalles por más obvios y evidentes sean. Esto se debe a que nuestros sentidos se encuentran

sobresaturados por estímulos, los cuales hace que no prestemos atención a todos ellos y por lo tanto buscamos seleccionar a cuales debemos dirigir nuestra atención.

En el caso del gorila, los participantes estaban tan concentrados en contar con detenimiento cuantos pases realizaba el equipo blanco, que no tomaron en cuenta la existencia del gorila hasta que Chabris y Simons se lo preguntaron. El experimento del gorila nos demuestra la facilidad con el que podemos ser engañados por la ilusión de la atención. A menudo creemos saber cómo funciona nuestra mente, recordar los acontecimientos históricos más importantes de nuestras vidas o determinar una correlación de causalidad de determinados hechos acaecidos en nuestro tiempo.

Sin embargo todas estas creencias resultan equivocadas ya sea porque nuestra mente es más compleja y la “ceguera por falta de atención” sea una de las tantas ilusiones que dominan nuestras decisiones y del cual no nos damos cuenta o lo que sería aún peor, no queramos hacerlo. En palabras de Daniel Kahneman (2013), premio nobel de Economía, el estudio del gorila ilustra dos hechos importantes relativos a nuestras mentes: podemos estar ciegos para lo evidente, y ciegos además para nuestra ceguera.

4.2.1.3. *Combatiendo la ceguera por falta de atención*

Entonces, si existe la tendencia biológica de economizar los procesos mentales con el fin de ahorrar energía ¿Existe forma alguna para lograr eliminar la ceguera por falta de atención?

Chabris & Simons (2010) nos explican que si es posible combatir la ceguera por falta de atención y es hacer que los objetos inesperados - como el gorila del experimento – sean menos inesperados como establecer recordatorios, colocar señales de advertencia o generando mayor visibilización de las situaciones donde se manifiestan con asiduidad. El

caso del manejo de bicicletas y su relación con los accidentes de tránsito nos puede dar un mejor entendimiento de cómo combatir la ceguera por falta de atención.

Según el reporte publicado en Marzo de 2015 por la organización People For Bikes, alrededor del 34% de la población estadounidense (103, 700 000 habitantes) ha usado una bicicleta al menos una vez durante el año 2014. El estudio también demuestra que a pesar del aumento exponencial de esta actividad, solo el 15% de estadounidenses (45, 000 000 habitantes) utiliza una bicicleta como medio de transporte.

Por su parte, la Administración Nacional de Seguridad del Tráfico en las Carreteras (NHTSA, por sus siglas en inglés), agencia dependiente del Departamento de Transporte de los Estados Unidos (DOT, por sus siglas en inglés) reportó que en el año 2015 fallecieron 818 ciclistas y alrededor de 45,000 ciclistas han sido heridos; de los cuales el 96% de los accidentes reportados fueron choques frontales donde el tipo de vehículo involucrado en los atropellos a ciclistas fueron automóviles y camiones ligeros. El informe además identifica que la mayor parte de los accidentes se suscitaron en el área urbana (70%) siendo Florida (150) y California (129) los estados con mayor número de ciclistas fallecidos.

El sentido común nos llevaría a afirmar que el aumento del hábito del ciclismo en los Estados Unidos también ha aumentado el número de accidentes de tráfico que involucran la participación de conductores de automóviles y ciclistas. Sin embargo esto no es totalmente cierto.

Peter Jacobsen (2003), consultor de Salud Pública en California, examinó la tasa de accidentes que relacionaban a conductores, peatones y ciclistas en diversas ciudades de California, Dinamarca, Reino Unido y los Países Bajos encontrando que el patrón “a mayor número de ciclistas y peatones, mayor será el número de accidentes” no era lineal. Mientras que en las ciudades de California el número de accidentes entre ciclistas, peatones y

conductores aumentaba; en las ciudades de los países europeos anteriormente mencionados, caminar y manejar bicicleta eran acciones menos peligrosas allí donde se practicaban de forma mayoritaria.

La razón – como señala Jacobsen en su estudio – no se debe a que los peatones y/o ciclistas se vean seguros por el aumento de su actividad, sino porque la conducta de los conductores había cambiado haciéndolos más cuidadosos cuando manejaban y más propensos a disminuir la velocidad en zonas con mayor densidad poblacional.

Esta conducta puede ser reforzada mediante el uso de estrategias conductuales más sutiles que ayuden a los conductores a actuar de manera adecuada. El uso de imágenes pintadas en las carreteras representando niños, ciclistas o peatones hace que los conductores disminuyan automáticamente la velocidad

4.2.2. Observación e interpretación del mundo.

Ciertos estímulos son automáticos y están guiados por nuestras creencias de cómo funciona el mundo, por lo tanto esperamos que los acontecimientos que pasan a lo largo de nuestra vida se rijan a ellas. Dentro de este tipo de creencias podemos encontrar a los estereotipos, guiones y esquemas mentales.

4.2.2.1. Estereotipos

Los seres humanos adoptamos diversas estrategias con el fin de poder entender lo que pasa a nuestro alrededor. Una de ellas es asociar características, fenómenos, cualidades, individuos, cosas y eventos los cuales son atribuidos a un determinado grupo social, a este proceso se le llama categorización.

La categorización ayuda a los seres humanos a estimar posibilidades de una manera más exacta y a tomar decisiones de una manera rápida al establecer como punto de partida la frecuencia con lo que pasan hechos similares y la representatividad que puede tomar este suceso en sus vidas.

Empero, cuando las categorías asignadas a un grupo de individuos en concreto son transmitidas y asimiladas como una creencia incuestionable y socialmente consensuada, indudablemente estaremos frente a un estereotipo. (Rojas & Palomino 2016b)

La tensión racial entre negros y blancos en los Estados Unidos es un buen punto de partida para poder entender el poder que tienen los estereotipos en nuestras decisiones.

Según el diario *The Washington Post* durante el año 2015 se registró 991 muertes debido a disparos hechos por la policía de los cuales, 94 de ellos involucraron personas desarmadas. El 40% de las víctimas eran afroamericanos. Ajustando esta estadística por la cantidad de habitantes en Estados Unidos se tiene que las personas de raza negra desarmada tiene siete veces la probabilidad de ser disparados en intervenciones de la policía que un hombre blanco.

Que los policías disparen con mayor probabilidad a los negros no es algo que pase desapercibido en los Estados Unidos, sino que está ligado a prejuicios vinculados a los estereotipos. En el año 2002 un grupo de investigadores del Stereotyping and Prejudice Research Laboratory del Departamento de Psicología de la Universidad de Chicago llevaron un a cabo un experimento para demostrar que los estereotipos guiado por los prejuicios raciales pueden llevar a decisiones equivocadas.

A los participantes del experimento se les colocaba al frente de un computador y se le mostraba de forma rápida y aleatoria distintas fotografías de hombres blancos y negros con diversos objetos en sus manos. Luego, los investigadores comunicaron a los participantes que

si percibían una amenaza pulsaran el botón disparar y si no percibían ningún peligro pulsaran no disparar.

Los resultados del experimento sugieren que los estereotipos raciales afectaban la decisión de disparar o no disparar y en algunos casos, los participantes disparaban a un negro antes que a un blanco armado. Esta decisión era mucho más pronunciada entre los participantes que concebían el estereotipo de los afroamericanos como personas agresivas, violentas y peligrosas así como entre los participantes que tenían un mayor contacto con los afroamericanos. Asimismo, los investigadores también demostraron que los participantes afroamericanos tenían los mismos prejuicios que los participantes blancos respecto a la peligrosidad de los negros (Correll et al. 2002)

A similares conclusiones llegaron también un grupo de investigadores quienes al analizar la data proporcionada por The Washington Post respecto a la cantidad de negros muertos en incidentes con la policía, demostraron la existencia de prejuicios en las fuerzas del orden que los hacía más propensos de percibir a los afroamericanos como una amenaza; incluso si estos están se encuentran desarmados o sin posibilidad de defenderse. Asimismo, los investigadores señalan que los agentes pueden desarrollar estos prejuicios con el tiempo, al ver como sospechosos de una conducta criminal a los miembros de una minoría (Nix et al. 2017)

Sin embargo, los estereotipos no deben verse como una estrategia negativa usada por sino que resultan de gran ayuda porque estructura y clasifica la información percibida por los seres humanos y a la vez permiten predecir determinadas conductas. Son las situaciones culturales y sociales – como el caso de los prejuicios raciales entre blancos y negros – los que nos conducen al error.

4.2.2.2. Esquemas

Mientras que los estereotipos se basan en la categorización de atributos a un determinado grupo social debido a la existencia de información considerada como relevante por nuestro cerebro; los esquemas suelen representar lo contrario.

Los esquemas son la atribución de determinadas características consideradas como deseables a ciertos sucesos, objetos o grupos sociales debido a la ausencia y/o deficiencia en la información de modo que ayude a los seres humanos a completar la percepción de como creemos que se conforma el mundo.

El experimento de *Linda* propuesto por Daniel Kahneman y Amos Tversky en 1983 puede arrojar nos mayores luces respecto a cómo otorgamos atributos a partir del uso de esquemas y que son “per se” incompatibles con la lógica. El experimento consistía en presentar a los participantes la descripción de una mujer ficticia llamada *Linda* de la siguiente manera:

Linda tiene treinta y un años, es soltera, franca y muy brillante. Se especializo en filosofía. De estudiante se preocupaba mucho por los asuntos de discriminación y justicia social, y también participó en manifestaciones antinucleares. (Kahneman 2013 p. 207)

Luego de escuchar la descripción se entregó a los participantes una lista de ocho posibles escenarios para Linda y se pidió que ordenasen los escenarios de acuerdo a lo que ellos creían que era el trabajo que actualmente Linda estaría realizando. Los probables escenarios son los siguientes:

- *Linda es profesora de Primaria*
- *Linda trabaja en una librería y recibe clases de yoga*
- *Linda milita en el movimiento feminista*
- *Linda presta asistencia social en psiquiatría*

- *Linda es un miembro de la Liga de Mujeres Votantes*
- *Linda es cajera de un banco*
- *Linda es corredora de seguros*
- *Linda es cajera y activista del movimiento feminista* (Kahneman 2013 p. 207)

Si repasamos la descripción que se nos entrega de Linda y las alternativas sugeridas, percibimos un consenso general de asumir que la señorita del experimento encaja perfectamente dentro del tipo de la militante feminista y tendemos a asociarla a actividades como el trabajo en librerías o de participar de clases de yoga y muy lejanamente como cajera o corredora de seguros.

Por otro lado, también encontramos dos premisas similares dentro de las opciones entregadas por la lista que nos lleva a la siguiente pregunta. ¿Parece Linda una cajera de banco o es una cajera y activista del movimiento feminista? La respuesta más rápida es que Linda encaja mejor como cajera de banco feminista antes que cajera de banco.

A esta conclusión llegaron los participantes quienes ordenaron las premisas de acuerdo a criterios de similaridad y de probabilidad, donde la opción cajera feminista de banco estaba mejor posicionada que cajera de banco.

Kahneman y Tversky volvieron a realizar un segundo experimento con la finalidad de confirmar los resultados obtenidos; esta vez limitando las alternativas de elección. A los nuevos participantes se les leyó la descripción de Linda y luego se les hizo la siguiente pregunta:

¿Cuál de las alternativas es más probable?

- *Linda es cajera de un banco*
- *Linda es cajera de un banco y activista del movimiento feminista* (Kahneman 2013 p. 210)

Sorprendentemente casi el 90% de los entrevistados eligió la segunda opción., demostrando a los investigadores que los seres humanos podemos fallar en la aplicación de una regla lógica obviamente relevante. A este tipo de error se le conoce también como *falacia de conjunción*

Si leemos detenidamente el ejemplo de Linda, podemos darnos cuenta que en ninguna parte del texto se sugiere que ella sea feminista o participe activamente del movimiento; el error en todo caso se genera debido a la asociación de ciertas características a los miembros del movimiento feminista. Por lo tanto la respuesta correcta sería *Linda es cajera de un banco*.

Entonces ¿Por qué, elegimos como la mejor opción la premisa *Linda es cajera de un banco y activista del movimiento feminista*? La respuesta parece simple pero no lo es.

En primer lugar los participantes del experimento interiorizaron palabras como *discriminación, justicia social, o manifestaciones* presentes en el texto; como parte del esquema que se tienen sobre el feminismo.

En segundo lugar si leemos detenidamente la descripción de Linda, ninguna de sus actitudes anteriormente descritas demuestra o sugiere que ella pertenezca o tenga simpatía con el movimiento feminista. Fue la ausencia de información lo que hizo que la mente de cada uno de los participantes generara nuevas categorías que se adecuen a la información presente en el texto.

4.2.2.3. Guiones

Los *guiones* son esquemas establecido para sucesos que estructuran nuestra forma de actuar y de pensar respecto a cómo debe desarrollarse un evento o como debe finalizar una historia. Por ejemplo, si Mariana nos contara que ella fue ayer a cenar, podemos inferir que

Mariana ceno y pago su consumo al final de la comida; por lo no es necesario que ella nos entregue mayores explicaciones si pago o no pago al restaurante.

En el campo legal, los guiones están presentes en las normas que buscan que nos comportemos “como debe ser” frente a un hecho determinado. El Código Penal Peruano establece en el artículo 126° a la omisión de socorro como un hecho punible. En este caso, la norma busca que los sujetos que hayan sido partícipes de un accidente o se encuentren cerca de él presten los primeros auxilios necesarios hacia el accidentado, sancionando la omisión de socorro con una pena de tres años de cárcel.

Los accidentes de tráfico nos pueden aclarar con qué facilidad los guiones establecidos en la norma no siempre llegan a cumplirse. Según una noticia publicada en el diario El Comercio, la policía de tránsito registro 394 atropellos en Lima Metropolitana en el año 2011. El 30% de los casos (118) los conductores abandonaron a los atropellados, mientras que en el año 2010 el porcentaje de conductores que se dieron a la fuga fue del 24,5% (Aquino 2012).

Como vemos, el uso de esquemas y guiones nos demuestra como nuestra mente ante la disponibilidad de poca información y la experiencia de situaciones previas se inclina por generar historias más coherentes. Las historias más coherentes no necesariamente son las más probables, pero son plausibles y los seres humanos a menudo confundimos coherencia, plausibilidad y probabilidad.

4.2.3. Emociones

Para entender mejor la relación entre las emociones y su importancia en la toma de decisiones tomaremos el caso de Phineas Gage.

Phineas Gage (1823-1861), era un joven de 25 años que trabajaba como capataz en la instalación de una nueva línea férrea en Vermont, New England. Su trabajo consistía en preparar y colocar las cargas explosivas para demoler las rocas que obstruían el camino donde descansarían los rieles de la vía férrea.

Sin embargo la tarde del 13 de setiembre de 1848, cerca del pueblo de Cavendish, Phineas Gage sufrió un accidente. La carga preparada estallo frente a su rostro e hizo que la barra de hierro de 6 kilos, un metro de largo y 3 cm. de diámetro, saliera disparada a 30 metros de distancia atravesando el cráneo del joven. La barra entró por la mejilla izquierda y salió por la parte superior del cráneo, atravesando los dos lóbulos frontales. Phineas Gage pronto recibió los primeros auxilios y logro sobrevivir. (Molina 2012)

A pesar que Gage perdió masa cerebral debido al accidente que sufrió – “Gage yo no es Gage” dirá Damasio (1996) -, mantendrá integra su capacidad de razonamiento más no así el manejo de sus emociones. Phineas Gage podía discernir acerca de lo incorrecto o incorrecto desde un punto de vista social, sin embargo fallaba al tratar de tomar las decisiones adecuadas a causa del daño sufrido debido a que se había vuelto un sujeto emocionalmente conflictivo.

La historia de Gage representa uno de los puntos de flexión en el estudio de las neurociencias al demostrar que las lesiones cerebrales no solo producen cambios conductuales sino que también pueden afectar el comportamiento ético de las personas y dificultar la toma de decisiones relacionadas a la supervivencia y el progreso personal.

Como vemos, las emociones son importantes para la toma de decisiones, sin ellas nuestra vida sería lo más cercano a un autómatas. Sin la capacidad de sentir emociones, nuestros antepasados que vivían en las cavernas se habrían quedado paralizados ante un peligro, no hubieran enfrentado las amenazas que circulaban en su entorno o no hubieran intentado huir.

4.2.3.1. *El miedo como origen del principio precautorio*

Cuando llevamos el estudio de las emociones en la toma de decisiones, nos damos cuenta que emociones como el miedo han sido un factor importante en la toma de decisiones porque es el origen del principio precautorio.

El miedo es el nombre que le damos a nuestra incertidumbre, a nuestra aversión natural a perder el control sobre una situación real o imaginaria. Es una emoción compartida por seres humanos y animales que les permite anticipar las amenazas de su entorno que pongan en peligro su vida; y tiene un abundante repertorio de respuestas que oscilan básicamente entre la huida y la agresión. (Bauman 2007)

Pero los seres humanos a diferencia de los animales, conocen una especie de miedo secundario que orienta su comportamiento así halla una amenaza presente o no. Este miedo residual es el resultado de experiencias pasadas de confrontación directa con la amenaza y que condiciona la conducta humana. Este miedo secundario es conocido como “miedo derivativo”.

El miedo derivativo puede describirse como el sentimiento a ser susceptible al peligro; y se caracteriza por los sentimientos de inseguridad (el mundo es un lugar hostil y lleno de peligros inimaginables frente a la cual no tenemos capacidad de reacción) y de vulnerabilidad (si el peligro aparece, habrá pocas o nulas posibilidades de escapar o de defenderse de forma eficaz; la suposición de vulnerabilidad no depende de la magnitud o grado del peligro sino de la falta de confianza en las defensas disponibles). Cuando las personas interiorizan estos sentimientos a su visión del mundo, recurrirán de forma rutinaria a respuestas propias ante la presencia de un peligro, incluso en ausencia de amenazas. Por lo tanto el miedo resulta ser más temible cuando es más difuso, cuando amenaza y lo vemos en todas partes pero nos

resulta imposible de ver en un lugar en concreto; siendo su expresión máxima el terror. (Bauman 2007)

Los peligros que se temen y despiertan los miedos derivados pueden ser clasificados en tres grandes grupos: Los que amenazan el cuerpo (especialmente los que atentan contra la salud) y las propiedades de las personas, aquellos que amenazan la duración y la fiabilidad del orden social que garantiza nuestro medio de vida (la renta, el empleo) o la supervivencia (los casos de invalidez, vejez o extrema pobreza); y finalmente están los peligros que amenazan el lugar de la persona en el mundo y su inmunidad a la degradación y exclusión social (privilegios de clase, género, raza o religión) (Bauman 2007).

Los seres humanos intentamos reducir las consecuencias indeseables de los eventos mediante el proceso de juzgar la frecuencia con que suceden estos eventos y que pueden estimarse con la facilidad que se avienen a nuestra memoria (heurística de disponibilidad); transformando así los miedos en riesgos.

Por consiguiente, los riesgos son los peligros que podemos (o creemos ser capaces de) calcular, que se caracterizan por ser previsibles y controlables mediante el uso de herramientas regulatorias y enforcerment; y, que en caso de generar efectos secundarios o puedan sobrevenir el riesgo “sin avisar”; puede mitigarse sus efectos con el uso de recursos y remedios legales.

Esta predisposición hace que el miedo generalizado ayuda a producir una serie de otros problemas ajenos al peligro principal o a adoptar un principio anti-catástrofe dominado por el pensamiento de sentirse en el peor de los escenarios.

Al respecto, Sunstein (2006) explica como el miedo afecto a la sociedad norteamericana luego de los atentados del 11 de Setiembre del 2001 a partir de un estudio de la percepción del riesgo relacionado con el terrorismo y el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo):

Los estadounidenses percibieron el terrorismo como una amenaza mucho mayor para ellos y para los demás, que el SRAS; mientras que los canadienses percibieron el SRAS como una amenaza mucho mayor que el terrorismo. Los estadounidenses estimaron que las posibilidades de sufrir un daño grave a causa del terrorismo eran del 8,27%, unas cuatro veces superior a la posibilidad de sufrir un daño grave a causa del SRAS (2,18%). Los canadienses estimaron que la posibilidad de padecer un daño grave a causa del SRAS era del 7,43%, significativamente más alta que su estimación del terrorismo (6,04%) (Sunstein 2006 p.137)

Lo importante del asunto es que la estimación de contraer SRAS sobre la base de cifras canadienses fue del 0,00008% (y la posibilidad de morir como resultado de la enfermedad, del 0,0002%) mientras que la posibilidad de morir en un ataque terrorista en Estados Unidos es de alrededor del 0,001%; entonces ¿A que responden la diferencia entre países y la percepción del riesgo realmente exageradas? Sunstein, citado por Kahneman (2013), explica que esto se debe a la generación de cascadas de disponibilidad.

Una cascada de disponibilidad es una cadena auto sostenida de acontecimientos que puede comenzar por reportajes de los medios sobre un acontecimiento relativamente menor y llegar hasta el pánico colectivo y la intervención del gobierno a gran escala

En ocasiones, los reportajes de los medios sobre un riesgo captan la atención de un segmento de la opinión pública a la que deja alarmada y preocupada. Esta reacción emocional se convierte en un acontecimiento en sí mismo, que da lugar a una cobertura adicional en los medios que a su vez produce una mayor preocupación y repercusión. El círculo es a veces acelerado deliberadamente por "empresarios de la disponibilidad", individuos u organizaciones que trabajan para asegurar un flujo continuo de noticias preocupantes. El peligro va exagerándose cuando los medios de comunicación compiten

con titulares que llaman la atención. Los científicos y otros grupos que intentan hacer perder el miedo y el horror crecientes atraen poco la atención de la sociedad, que casi siempre se muestra hostil: quien diga que el peligro ha sido exagerado, será sospechoso de estar vinculado con "abyectas maniobras". El asunto adquiere importancia política por estar en la mente de todo el mundo, y la respuesta del sistema político está guiada por la intensidad del sentimiento público. La cascada de disponibilidad ha redefinido ahora las prioridades. Otros riesgos y otras maneras de emplear los recursos para el bien público han pasado todos a un segundo plano. (Kahneman 2013 p. 190-191)

Como vemos, en los Estados Unidos, los riesgos del terrorismo recibieron mucha atención por parte de la prensa y produjeron una constante sensación de peligro y amenaza; lo que obligo a responder de forma desproporcional al riesgo percibido. A partir del año 2001 la política estadounidense dio un giro de 360°: a) Se estableció leyes como la USA Patriot Act (promulgada en octubre del 2001 y renovada en el año 2005) que limita las libertades y garantías constitucionales de los estadounidenses (como el secreto de las comunicaciones) para favorecer el fortalecimiento de la vigilancia de las agencias federales y gubernamentales b) la necesidad de incurrir en gastos significativos de armamento como forma de disuasión c) la intervención militar de amenazas lejanas como la guerra en Irak (2003) y d) endurecimiento de las medidas de inmigración y prohibición de ingreso al país de ciudadanos de países en conflicto como Siria, Yemen, Irak , Somalia o de enemigos potenciales como Irán (Lissardy 2017).

4.2.4. Factores Biológicos

Los factores biológicos son elementos que pueden afectar las decisiones del individuo, influyen en la percepción de nuestra realidad y a menudo desvían nuestro juicio. Por ejemplo, el incremento de dopamina en nuestro cuerpo puede generar una sensación de bienestar que puede llevar a las personas a tener una visión más optimista de la realidad y llevarlas a tomar decisiones equivocadas. (Sharot et al. 2012)

La economía del comportamiento considera que el cuerpo humano también forma parte de la toma de decisiones y la construcción de nuestra conducta, especialmente del sistema nervioso.

El sistema nervioso es el conjunto de órganos y estructuras que forman una red de tejidos nerviosos que se extienden alrededor del cuerpo humano y cuya unidad básica son las neuronas. Las neuronas se comunican entre sí mediante el uso de descargas eléctricas, las cuales activan la secreción de sustancias químicas conocidas como neurotransmisores. A este proceso de recibir y transmitir información se le conoce como sinapsis.

Gracias a la sinapsis y la segregación de neurotransmisores el cerebro puede obtener información de lo que sucede a nuestro alrededor el cual puede ser susceptible a los factores biológicos y las alteraciones psicológicas de los seres humanos.

Los avances en materia de neurociencias han identificado una gran cantidad de procesos biológicos que afectan nuestras decisiones. Forman parte de los factores biológicos: los factores físicos, los cambios fisiológicos, los procesos bioquímicos, etcétera.

4.2.4.1. Consumo de glucosa y el comportamiento de los menores

La relación entre el consumo de azúcar, los niveles de glucosa y el comportamiento de los niños es fuente de continua controversia debido a su continuo incremento en la dieta de las personas.

Tradicionalmente el consumo de azúcar se ha asociado a enfermedades como resistencia a la insulina, sobrepeso, obesidad y diabetes tipo 2 (Sanz et al. 2013) mientras que a nivel conductual el nivel de glucosa se asocia como un indicador de hiperactividad y agresividad en niños con una dieta diaria de azúcar.

A raíz de esta evidencia, Un grupo de investigadores del University College de Londres buscaron comprobar si existía correlación alguna entre el consumo de azúcar y la hiperactividad en los menores.

Para ello, los investigadores midieron la capacidad de mantener la atención como la reacción a la frustración en sesenta niños con edades comprendidas entre los 6 a 7 años de edad.

Antes de someterlos a las pruebas se les dio a consumir a la mitad de los participantes una bebida azucarada y a los restantes un placebo similar. Luego de haber sido consumido ambos líquidos, se les pidió a los participantes que apretaran un botón cada vez que una luz aparecía ante ellos. La prueba tenía como finalidad medir la capacidad de atención de los participantes antes y después del consumo de glucosa.

De la misma manera, los investigadores invitaron a los participantes - luego de haber consumido ambos líquidos - a jugar con una consola de video especialmente diseñada con el fin de generar frustración a los participantes.

En ambas pruebas, los resultados demostraron que los niños que habían consumido bebidas azucaradas tenían mayor capacidad de atención y eran más tolerantes a la frustración que los niños que habían consumido el placebo. (Benton et al. 1987)

Este trabajo fue ampliado en 1993 para demostrar que el aumento de glucosa en la sangre, facilitaba los procesos de memoria y atención en jóvenes adultos debido a que aceleraba el proceso de síntesis de neurotransmisores como la acetilcolina (Benton et al. 1994)

4.3. ¿Cómo se forman los juicios?

4.3.1. Teoría dual del razonamiento

La teoría dual del razonamiento es una teoría propuesta por Stanovich y West (2000) que busca explicar los procesos del razonamiento humano. De acuerdo con esta teoría, los resultados provenientes de los procesos mentales pueden generarse a dos tipos de razonamiento: El sistema 1 y el sistema 2.

Para Kahneman (2013)

- *El Sistema 1 opera de manera rápida y automática, permitiendo que con poco o ningún esfuerzo y sin sensación de control voluntario*
- *El Sistema 2 centra la atención en las actividades mentales esforzadas que lo demandan, incluidos los cálculos complejos. Las operaciones del sistema 2 está a menudo asociadas a la experiencia subjetiva de actuar, elegir y concentrarse*
(Kahneman 2013 p. 35)

Ambos Sistemas son producto de la evolución humana. Tenemos así que los procesos mentales asociados al Sistema 1 se caracterizan por ser rápidas, innatas y que requieren de

poca capacidad cognitiva debido a que están moldeadas por la interacción con el ambiente. Respuestas simples como percibir que un objeto esta distante de otro, completar expresiones populares, detectar la hostilidad en una voz, responder operaciones matemáticas simples o leer los mensajes de las vallas publicitarias son procesos involuntarios nacidas de interpretar y entender situaciones.

Otras actividades al volverse rápidas y automáticas por su práctica prolongada también pasan a formar parte del Sistema 1. Por ejemplo reconocer los síntomas de una gripe para un médico, o acelerar el coche cuando se encuentra la vía vacía. En estos casos, el Sistema 1 usa el conocimiento almacenado en la memoria y accede a él sin intención ni esfuerzo. (Evans & Stanovich 2013, Kahneman 2013)

A diferencia del Sistema 1, las operaciones mentales asociadas al Sistema 2 requieren de atención y resultan truncadas cuando la atención disminuye o se aparte de ellas por algún distractor existente en el ambiente. Actividades como estar atento a la señal de salida de una carrera, realizar operaciones matemáticas complejas, identificar a una persona en medio de la calle o comprobar la validez de un argumento lógico complejo resultan ser relativamente lentas, requieren de mayor capacidad cognitiva y están sujetos a reglas explícitas. (Stanovich & West 2000)

Es importante señalar que el Sistema 1 y el Sistema 2 no actúan de forma independiente sino que interactúan constantemente, donde el Sistema 1 hace continuamente sugerencias al Sistema 2, si las sugerencias cuenta con la aprobación del Sistema 2, el Sistema 1 vuelve a las impresiones e intuiciones en creencias y los impulsos en acciones involuntarias, formando parte de las heurísticas. (Kahneman 2013)

4.3.2. Toma de Decisiones

4.3.2.1. *La Teoría de la Utilidad Esperada*

En 1944, John von Neumann y Oscar Morgenstern esbozaron la llamada Teoría de la Utilidad Esperada. Esta teoría aborda el análisis de situaciones donde los individuos deberán tomar decisiones sin saber los resultados de su decisión. Por lo tanto, al estar expuestos a este efecto de incertidumbre, se espera que los individuos elijan las alternativas que le generen la mayor utilidad esperada.

Para conocer la mayor utilidad esperada, los individuos previamente analizarán independientemente los probables beneficios de cada alternativa para luego ponderarlos con la probabilidad de que suceda; luego compararan los resultados y finalmente elegirán la opción que le de mayores beneficios. Para poder entender la dinámica de la utilidad esperada, procederemos a formular el siguiente ejemplo:

Supongamos que Usted prefiere el lomo saltado al ají de gallina. La pregunta sería ¿Cuánto más? Para conocer esta respuesta, le proponemos las siguientes opciones:

- (i) Un plato seguro de ají de gallina
- (ii) Lanzar una moneda, de tal manera que si cae cara, le damos un plato de lomo saltado, pero si cae sello, el comensal no recibe nada.

Si a usted le da lo mismo cualquiera de las dos opciones antes mencionadas, podemos deducir que la satisfacción que le da el lomo saltado es el doble del que le brinda el ají de gallina. ¿Por qué? Porque lanzar la moneda le otorga un 50% de probabilidad de tener un plato de lomo saltado, frente al 100% de posibilidades de obtener un plato de ají de gallina.

Debido a la simplicidad de sus postulados y capacidad de abstracción, la Teoría de la Utilidad Esperada es la teoría más recurrente en la microeconomía moderna para explicar los procesos de toma de decisiones de los individuos, debido a que asume como conductas “racionales” a todas aquellas decisiones que tienden a maximizar sus utilidades y disminuyen los riesgos.

Sin embargo, la Teoría de la Utilidad Esperada no está exenta de críticas. Para Camerer (2003) la Teoría de la Utilidad Esperada, no toma en cuenta la valoración de los individuos respecto a las alternativas que se le presentan, debido a que el modelo matemático utilizado para su representación está basado en la introspección y en la conjetura, ya que representa las situaciones de cómo debería actuar los individuos bajo incertidumbre en escenarios muy idealizados; mientras que en otras ocasiones no toma en cuenta que es la misma incertidumbre la que afecta los resultados de las interacciones previstas en el modelo de juego propuesto.

Para Drago & Rojas (2011) el problema de la Teoría de la Utilidad Esperada es su falta de realismo, debido a que no se formuló como un canon de racionalidad, sino como una expresión razonable de cómo la gente se comporta. En la vida real, las personas pueden estar dominadas por una serie de variables como raza, sexo, formación académica, edad, titularidades y procedencia cultural que distorsionarían el proceso de elección bajo incertidumbre.

4.3.2.2. La Teoría Prospectiva

En 1979, por los psicólogos Daniel Kahneman y Amos Tversky desarrollaron la Teoría Prospectiva – llamada también Teoría de las Perspectivas - como una alternativa a los postulados expuestos por la Teoría de la Utilidad Esperada.

Para Kahneman y Tversky la Teoría de la Utilidad Esperada resulta ser demasiado simple y carece de la parte emotiva, porque no toma en cuenta el punto de referencia en el que se sitúan las personas, es decir el estado anterior con relación al cual se evalúan las ganancias y pérdidas. Ambos realizaron muchos experimentos mentales para demostrar lo inadecuado que era utilizar la Teoría de la Utilidad Esperada basada en función de la ganancia como explicación de la decisión. Para poder entender esta dinámica, consideremos los siguientes problemas:

Problema 1: ¿Aceptarías Usted esta apuesta?

50% de posibilidades de ganar 150 \$

50% de posibilidades de perder 100 \$

¿Modificarías la elección si tu riqueza total se redujera en 100\$?

Problema 2: ¿Qué es lo que preferirías?

Perder 100\$ con certeza

O

50% de posibilidades de ganar 50 \$

50% de posibilidades de perder 200 \$

¿Modificarías la elección si tu riqueza total aumentara en 100\$?

En el problema 1 probablemente nos mostraríamos poco interesados en apostar, debido a que las posibilidades de ganar o perder están equilibradas. Por otro lado la ganancia tampoco

se considera como compensatoria al riesgo propuesto como para animarse a apostar. A esta decisión de mantenerse en el estado inicial y a no elegir se le conoce como aversión al riesgo.

En el problema 2, la apuesta resulta ser más atractiva que la pérdida segura, por lo tanto los individuos preferirán buscar el riesgo, debido a que la pérdida segura (perder 100\$ con certeza) suscita mayor aversión que la apuesta ofrecida y por lo tanto hace que los individuos asuman la aversión al riesgo. En ambos casos los individuos no se muestran afectados por la idea de una variación de 100\$ en su riqueza total pueda influir en sus preferencias y eso se debe a que nos gusta ganar y nos disgusta perder, y es casi seguro que nos disguste más perder que ganar. (Kahneman 2003)

Por lo tanto, las investigaciones empíricas de Kahneman y Tversky lograron demostrar que los individuos toman decisiones que no coinciden con el modelo establecido con la Teoría de la Utilidad Esperada debido a:

- (i) *[Que] procesamos las probabilidades de pérdidas-ganancias de manera intuitiva; y,*
- (ii) *la importancia que le damos a los resultados depende de que tan bueno o malo sean los escenarios resultantes de la elección.* (Rojas & Palomino 2016b p. 175)

Por lo tanto, la Teoría Prospectiva postula que ante decisiones bajo incertidumbre:

- (i) La utilidad está vinculada a las ganancias y a las pérdidas pero no en las expectativas de las mismas tal como indica la Teoría de la Utilidad Esperada.
- (ii) Las alternativas vinculadas a las ganancias y las pérdidas, esta definidas en su mayor parte por el punto de referencia (marco) en el que se encuentra el individuo.
- (iii) La decisión también dependerá de la aversión al riesgo que posean los individuos respecto a cada alternativa.

4.4. Sesgos y Heurísticas

En un mundo donde la toma de decisiones es un acto diario de supervivencia, los procesos cognitivos se ven limitados a los niveles de energía y almacenamiento de información de nuestro cerebro, quien debe ejecutar los procesos mentales de la manera más efectiva posible aunque en el camino termine obviando muchas cosas y en otras, no preste cuidado a los detalles que suceden alrededor por enfocarse ante determinada actividad. Por lo tanto, una forma de economizar estos procesos es utilizando ciertas estrategias mentales conocidas como heurísticas.

Las heurísticas son procesos mentales que proveen ayuda en la solución de un problema, pero no de manera justificada. Son juicios intuitivos sobre el cual tomamos decisiones de aplicación rápida; y están basados en la experiencia, el conocimiento parcial o en suposiciones correctas u erradas (Kahneman & Tversky 1974; Cortada de Kohan 2008).

Las primeras heurísticas (la representatividad, la disponibilidad y el anclaje o ajuste) fueron identificadas por Kahneman & Tversky en 1974 y son comúnmente utilizadas para propósitos generales, calcular probabilidades y estimar valores. Además de las que acabamos de mencionar, se han descubierto muchas más heurísticas (Baron 2014), entre las que podemos destacar:

Tabla 09

Lista de heurísticas descritas y recogidas por The Oxford handbook of behavioral economics and the law (2014):

Heurística	Característica
Representatividad	Los individuos estiman las probabilidades de la ocurrencia de un evento o suceso en función a la información representativa del mismo.
Disponibilidad	Los individuos estiman las probabilidades en función a la frecuencia de aparición de un acontecimiento sobre la base de recordar eventos similares.
Anclaje o Ajuste	Los individuos proceden a realizar estimaciones a partir de un valor inicial ajustado para producir una respuesta final. El valor inicial o punto de partida pudo haber sido sugerido por la formulación de un problema o el resultado de un cálculo parcial
Falta de Información	Los individuos son reticentes a elegir una opción si no tienen información sobre sus consecuencias (aun cuando no pueden obtener la información y la opción sea mejor).
Congruencia	Los individuos eligen verificar las hipótesis que le darían respuestas favorables si es que su hipótesis favorita resulta ser la verdadera
Información	Es la búsqueda exhaustiva de información (incluso si no se sabe qué hacer con ella cuando se la obtenga).
Equidad	Los individuos dividen los beneficios o las cargas por igual.
Statu quo	Mantener el estado de las cosas tal como estaban
Proporcionalidad	Los individuos evalúan intervenir en un evento en función de la proporción del problema
Reciprocidad	Intercambiar de manera proporcional los daños y beneficios
Variedad	Los individuos buscan variedad en sus decisiones

Nota. Elaboración propia. Recuperado: The Oxford Handbook of Behavioral Economics and the Law Copyright 2014. Reimpreso con permiso de Oxford University Press.

Asimismo existen heurísticas específicas según el campo de interés. Baron (2014) cita una serie de estrategias utilizadas por los consumidores para elegir sus productos. Por ejemplo el uso de un conjunto de opciones disponibles para mejorar la compra final del producto a partir de las características elegidas de ese conjunto. Otra es inferir la calidad de la campaña publicitaria con el producto anunciado (muy común entre los consumidores del sector de la moda). Asimismo Sunstein (2005) asume la existencia de heurísticas morales que pueden afectar la toma de decisiones en materia de políticas públicas.

Sin embargo, en algunas ocasiones las pautas de racionalidad establecidas por nuestros procesos mentales pueden presentar errores sistemáticos y severos en nuestro razonamiento que nos alejan del resultado esperado y que son conocidos como sesgos (Tversky & Kahneman 1974; Cortada de Kohan 2008; Kahneman 2013).

Los sesgos tienen una incidencia diaria en la toma de decisiones y pueden generar fallas en promover el bienestar social incluso en mercados con situaciones de competencia perfecta e información completa; motivo por el cual se hace necesario reconocer estas fallas del comportamiento (behavioral market failures) a fin de justificar adecuadamente la intervención regulatoria. (Sunstein 2014).

Las fallas de comportamiento son variadas y por lo tanto pueden estar ligadas respecto a la asignación del tiempo (inercia, procrastinación, inconsistencia temporal), enfoque de la información (encuadre, dotación, anclaje), las influencias sociales (exceso de confianza, optimismo desmedido) y la probabilidad de que un suceso ocurra. (Sunstein 2013; 2014).

Una vez identificados los behavioral market failures, la mejor opción para combatirlos se orientan hacia el uso de medidas consideradas como “soft paternalism”: revelación de información, advertencias, reglas predeterminadas y aplicación de nudges. La elección de estas medidas por principio general debe responder al análisis de costo-beneficio. (Sunstein y Thaler 2003)

CAPITULO V

**INVESTIGACION CUANTITATIVA REALIZADA EN UNA INSTITUCION
EDUCATIVA INICIAL UBICADA EN EL DISTRITO DE MALA, PROVINCIA DE
CAÑETE, DEPARTAMENTO DE LIMA**

5.1. Formulación específica del Problema

- (i) Identificar los factores que influyen en las decisiones de compra de productos alimenticio en los padres de familia de una institución educativa inicial ubicada en el distrito de Mala, provincia de Cañete, departamento de Lima.

5.2. Problemas secundarios:

- (i) Identificar los factores externos que influyen en las decisiones de consumo de productos alimenticios en los padres de familia de una institución educativa inicial ubicada en el distrito de Mala, provincia de Cañete, departamento de Lima.
- (ii) Identificar los factores internos que influyen en las decisiones de consumo de productos alimenticios en los padres de familia de una institución educativa inicial ubicada en el distrito de Mala, provincia de Cañete, departamento de Lima.
- (iii) Describir el comportamiento de los padres de familia de una institución educativa inicial ubicada en el distrito de Mala, provincia de Cañete, departamento de Lima frente a una decisión de consumo de un producto alimenticio con advertencia publicitaria en la etiqueta del producto.

- (iv) Demostrar si los padres de familia de una institución educativa inicial ubicada en el distrito de Mala, provincia de Cañete, departamento de Lima tienen conocimiento de otras alternativas informativas distintas a las advertencias publicitarias.

5.3. Evaluación de la Situación

5.3.1. División política, poblacional y económica del distrito de Mala

El distrito de Mala se encuentra ubicado en la provincia de Cañete, departamento de Lima. Según el censo del año 2007 cuenta con una población de 27, 881 habitantes, siendo el 50.47% varones y el 49.53% mujeres. (INEI 2007)

La población se concentra en grandes y extensas zonas urbanas nacidos hace menos de 30 años, producto de la constante migración surgida a partir de mediados del siglo XX, disminuyendo la población rural, siendo su configuración actual la siguiente:

Tabla 10
Ubicación zonal de la población del distrito de Mala-Cañete

Nombre	Clasificación	Viviendas	Población
Mala	Urbano	4961	19332
San Marcos de la Aguada	Urbano	928	3541
Bujama Alta	Urbano	375	1220
Bujama Baja	Rural	473	1538
Lumbreras	Rural	65	190
San Juan de Barcelona	Rural	87	286
San José del Monte	Rural	126	348
Población dispersa		927	1426

Nota: Recuperado del Censo Nacional: XI de Población y VI de Vivienda. Copyright 2007. Reimpreso con permiso de INEI.

En cuanto a los servicios existentes en el distrito podemos encontrar un adecuado servicio de redes y alcantarillado que permite distribuir de forma constante el servicio de agua potable

y telefonía fija en las zonas urbanas. Las zonas rurales reciben el servicio de forma restringida y racionada de agua potable. También existe cobertura satelital que permite la telefonía celular.

Respecto a las actividades económicas se puede encontrar la extracción de minerales y demás industria derivada, debido a la existencia de yacimientos de cobre en las minas Raúl y Condestable. Existe una fuerte presencia de la actividad agrícola destinada a la actividad frutal (plátanos, manzano, vid) y alimentos de pan llevar (maíz) destinada a satisfacer la demanda del consumo nacional debido a la fragmentación de terrenos agrícolas producto de la Reforma Agraria. Asimismo se observa una intensa actividad comercial debido a que el distrito es el centro neurálgico del Valle de Mala que comprende una docena de distritos de las provincias de Cañete, Yauyos y Huarochirí.

Al ser el distrito de Mala parte del Valle de Mala, existe una gran demanda de servicios educativos, no solo para satisfacer la demanda interna sino también la de los distritos aledaños. Según el Plan de Desarrollo Local Concertado de la Municipalidad Distrital de Mala (2010) el número de centros educativos es de 58 repartidos de la siguiente manera:

Tabla 11
Cantidad de Centros Educativos existentes en el distrito de Mala- Cañete

	Inicial	Primaria	Secundaria	Cebas	Especial	Cetpro	I.S.T
Cantidad de Centros Educativos	20	22	12	1	1	1	1

Nota: Recuperado del Plan de Desarrollo Local Concertado de la Municipalidad Distrital de Mala. Copyright 2010. Reimpreso con permiso de la Municipalidad Distrital de Mala.

5.3.2. Ubicación de la Institución Educativa Inicial N° 323

La I.E.I. N° 323 Está ubicado en la Plaza de Armas del Distrito de Mala y cuenta con instalaciones de material noble, agua, luz y desagüe. Asimismo la institución cuenta con el apoyo del programa social Qali Warma, para otorgar raciones de desayunos saludables.

Al año 2017 la institución cuenta con una población 360 niños y 310 padres de familia, repartidos en 12 aulas según las edades de los menores (3,4 y 5 años) a razón de 30 niños por aula. Para cumplir con la fuerte demanda educativa, el colegio cuenta con 12 profesoras y 03 auxiliares

5.4. Selección de los Participantes

La muestra válida fue extraída de forma aleatoria y estuvo compuesta por 50 padres de familia, de los cuales 26 fueron mujeres y 24 fueron hombres, mayores de 18 años de edad (ver tabla), de nivel socio-económico medio bajo. Asimismo se realizó el muestreo por conglomerados, con objeto de que los resultados fueran representativos de forma geográfica y en función del género y el nivel de estudios de los participantes.

Tabla 12
Cantidad de personas que participaron en la encuesta

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Masculino	24	48,0	48,0	48,0
Femenino	26	52,0	52,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia.

Respecto al grado de educación de los participantes, la muestra arrojó que 09 (18%) tenían estudios de primaria, 11 (22%) estudios secundarios, 13 (26%) estudios técnicos superiores y 17 (34%) estudios superiores.

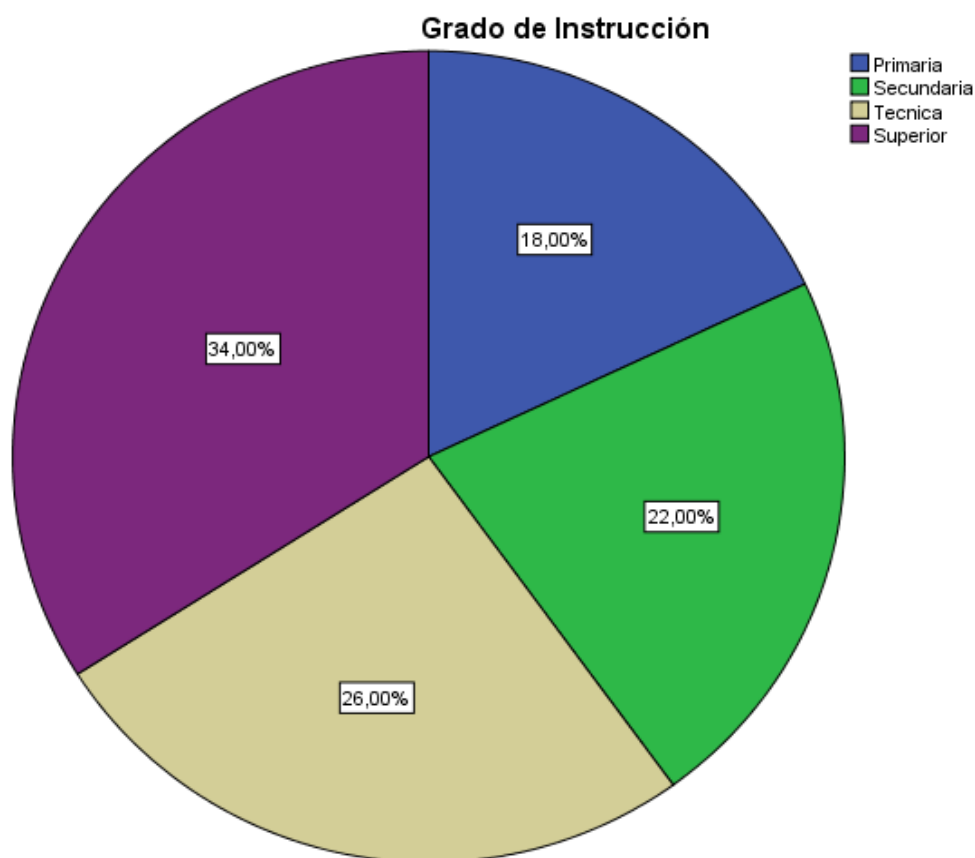


Figura 10: Grado de instrucción de las personas que participaron de la encuesta. Elaboración propia.

5.5. Procedimiento

Se citó a los participantes un día de semana por la tarde en el patio de la Institución Educativa seleccionada, y antes de exponer a los participantes a la encuesta se procedió a explicar de qué se trataba el estudio. La explicación fue neutral no favoreciendo ni desfavoreciendo las opciones presentes en el cuestionario. Se explicó que el propósito del estudio era investigar los hábitos relacionados a la compra de productos alimenticios.

Cada participante completo un cuestionario auto-administrado sobre género, edad, grado de instrucción y algunas cuestiones sobre decisiones de compra, factores que influyen en la compra de productos alimenticios y etiquetado nutricional presente en el empaque del producto alimenticio.

Al finalizar la encuesta, los participantes se retiraron. Posteriormente, se realizó el vaciado de datos, y con ello se analizaron los datos obtenidos. Los análisis estadísticos se realizaron con el software SPSS (*versión 23.0, SPSS Inc., Chicago, IL*).

5.6. Resultados

5.6.1. Factores Externos

5.6.1.1. *Publicidad e influencia de la publicidad en las decisiones de consumo:*

Los resultados de nuestro estudio apuntan a considerar que el medio de comunicación más frecuente del cual los consumidores reciben publicidad de productos alimenticios es la Televisión (40%) seguida de la Internet (30%), mientras que en menor medida le sigue la prensa escrita como periódicos y revistas (16%), afiches (10%); y en una baja proporción la radio (2%) y la información suministrada por personas conocidas (2%). (Ver tabla y figura)

Tabla 13
Medios de comunicación usados frecuentemente en la publicidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Internet	15	30,0	30,0	30,0
Televisión	20	40,0	40,0	70,0
Radio	1	2,0	2,0	72,0
Periódicos y revistas	8	16,0	16,0	88,0
Afiches de la calle y las tiendas	5	10,0	10,0	98,0
Personas conocidas	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia

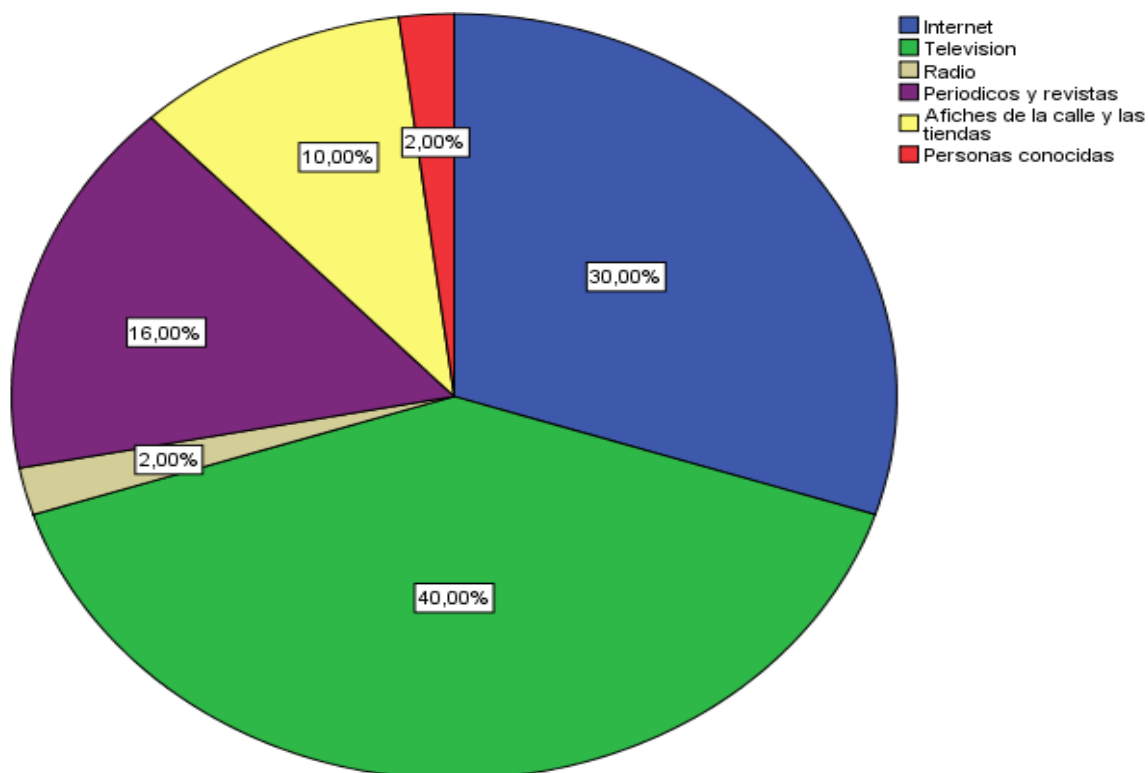


Figura 11: Medios de comunicación usados frecuentemente en la publicidad. Elaboración propia

Asimismo se procedió a preguntar a los participantes del estudio, a manera de recordatorio, respecto a la publicidad de productos alimenticios que haya visto u oído. Se

obtuvo una amplia cantidad de respuestas entre las que destacaron los siguientes productos alimenticios: embutidos, leche, yogur, conservas de atún, cereales, harinas, aceite, arroz, menestras, frutos secos, fideos, gelatina, galletas, jugos y bebidas gaseosas. Estos productos fueron clasificados en función de su grado de procesamiento, siguiendo las pautas establecidas por el Sistema Nova de Alimentos.

Los resultados arrojaron que 35 participantes (70%) recordaron la publicidad de alimentos básicos (presentes en la preparación de comida y con bajo nivel de procesamiento) mientras que los 15 participantes restantes (30%) recordaron la publicidad de alimentos no básicos (alimentos ultra procesados). (Ver tabla)

Tabla 14
Tipo de producto comprado

Producto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Básicos	35	70,0	70,0	70,0
No básicos	15	30,0	30,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia

Finalmente se les pregunto a los participantes si luego de haber visto y recordado esta publicidad, había llegado a comprar el producto alimenticio. Frente a esta pregunta el 78% de los participantes (39 personas) admitieron haber comprado el producto, en contraste del 22% restante (11 personas) quienes vieron y recordaron la publicidad pero no compraron el producto.

Tabla 15
Compra del producto luego de haber visto la publicidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	39	78,0	78,0	78,0
No	11	22,0	22,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia

5.6.1.2. Influencia de los menores en las decisiones de consumo de productos alimenticios

Los resultados de la encuesta demostraron que los padres de familia suelen realizar la compra de productos alimenticios acompañados (88%), de los cuales los niños menores de 12 años resultan ser el componente mayoritario (44%), seguido del conyugue (30%) y en menor medida de otros familiares (8%) y de adolescentes de 13 a 17 años (6%). (Ver tabla)

Tabla 16
Tipo de acompañamiento al momento de comprar un producto alimenticio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Se encontraba solo	6	12,0	12,0	12,0
Niños menores de 12 años	22	44,0	44,0	56,0
Adolescentes de 13 a 17 años	3	6,0	6,0	62,0
Conyugue	15	30,0	30,0	92,0
Otro familiar	4	8,0	8,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia.

Del mismo modo, se observa que más de la mitad de los varones encuestados (56%) realizaron compras acompañados de menores de 12 años, mientras que el porcentaje de mujeres que compraron productos alimenticios junto a niños menores de 12 años y a su conyugue resultan ser cercanamente similares (35% y 31% respectivamente) tal como puede apreciarse en la figura

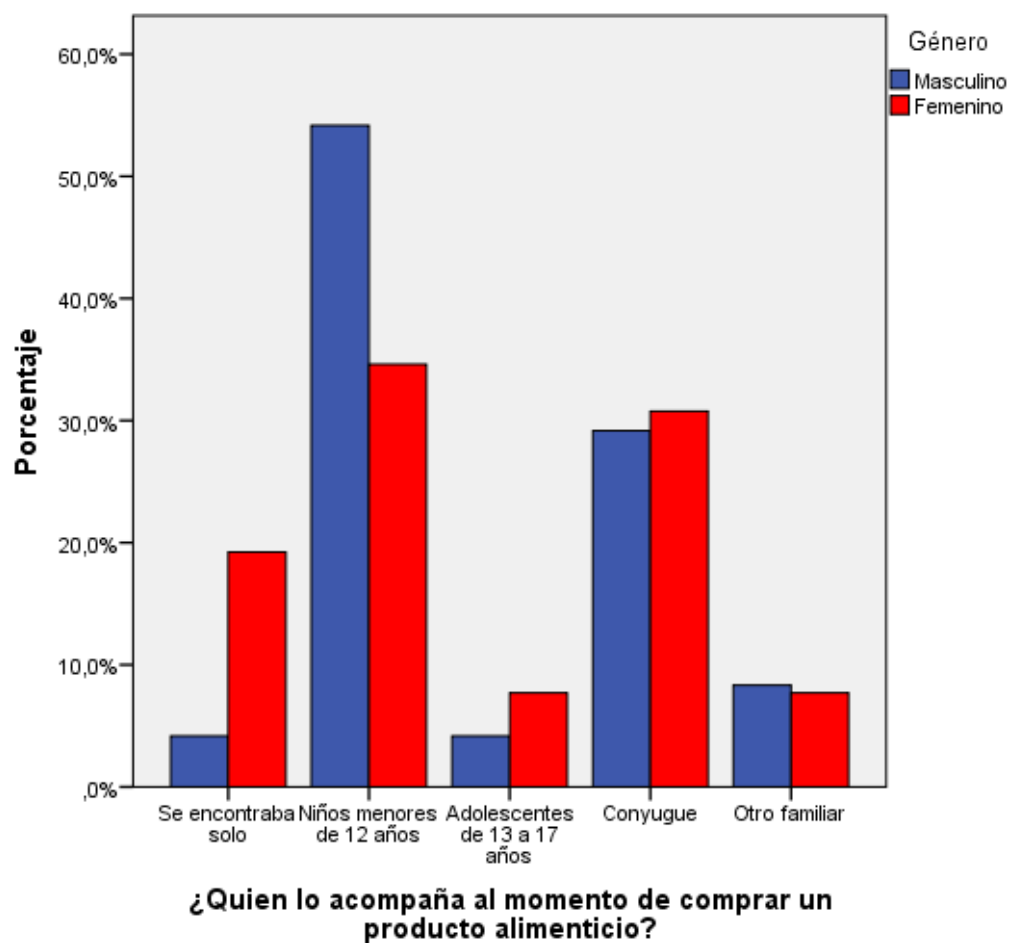


Figura 12: Tipos de acompañantes diferenciados por el género. Elaboración propia

Del mismo modo, se halló que el 64% de las mujeres entrevistadas tenían la decisión final sobre la compra de un producto alimenticio, mientras que el 65% de los varones entrevistados cedían a su acompañante la decisión final de la compra.

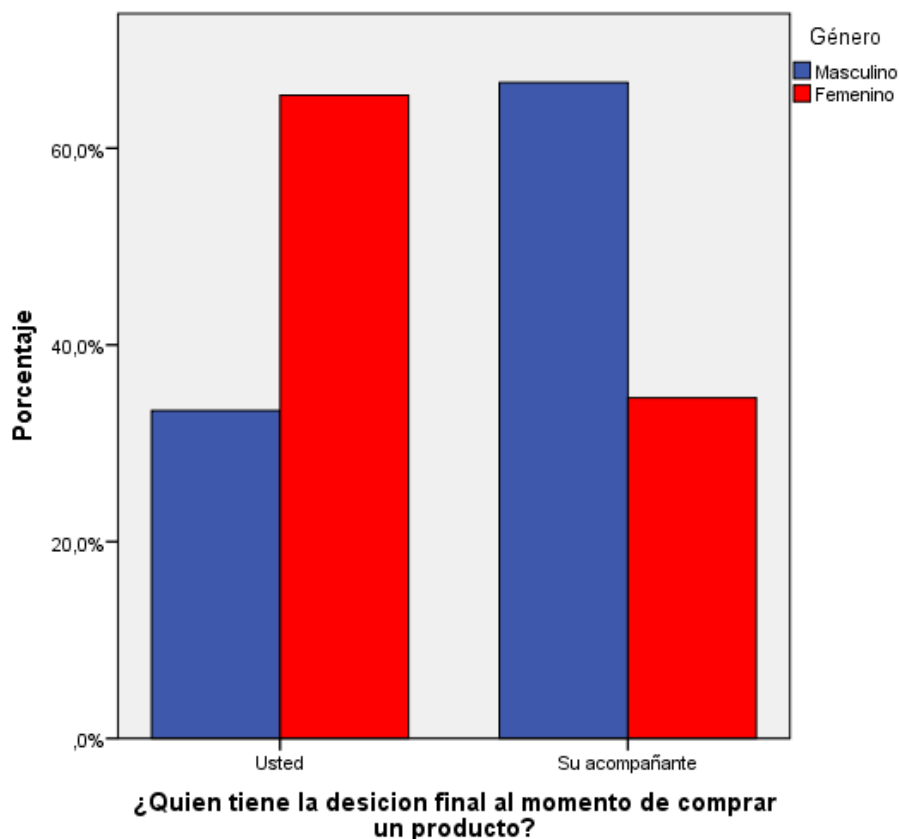


Figura 13: Decisión final del acompañante respecto al producto. Elaboración propia.

5.6.2. Factores Internos

5.6.2.1. Atención del Consumidor ante un Producto Alimenticio

Se preguntó a los participantes respecto a las características que le llaman la atención al momento de observar el empaque de un producto alimenticio y se obtuvo como resultado que los elementos que lograron fijar la atención de los consumidores fueron las imágenes (42%), el mensaje (28%) y el tamaño (20%) mientras que en menor medida fueron el color (8%) y la forma (2%).

Tabla 17*Atención del consumidor respecto al empaque de un producto alimenticio*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
El color	4	8,0	8,0	8,0
El tamaño	10	20,0	20,0	28,0
La forma	1	2,0	2,0	30,0
La imagen	21	42,0	42,0	72,0
El mensaje	14	28,0	28,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia.**5.6.2.2. Aspectos deseables entorno al producto**

Los resultados se agruparon entorno al género y se halló que los participantes varones de la encuesta prefirieron elegir sus productos alimenticios entorno a la promoción (42%), el precio (26%) seguido de la marca (13%) y el deseo de probar el producto alimenticio (12%) y en menor medida la experiencia previa (7%). En el caso de las participantes mujeres, la decisión de compra giro alrededor de la marca (31%), el deseo de probar el producto alimenticio (24%) seguido de la promoción (19%), el precio (16%) y en menor medida la experiencia previa (6%) y el empaque del producto (4%).

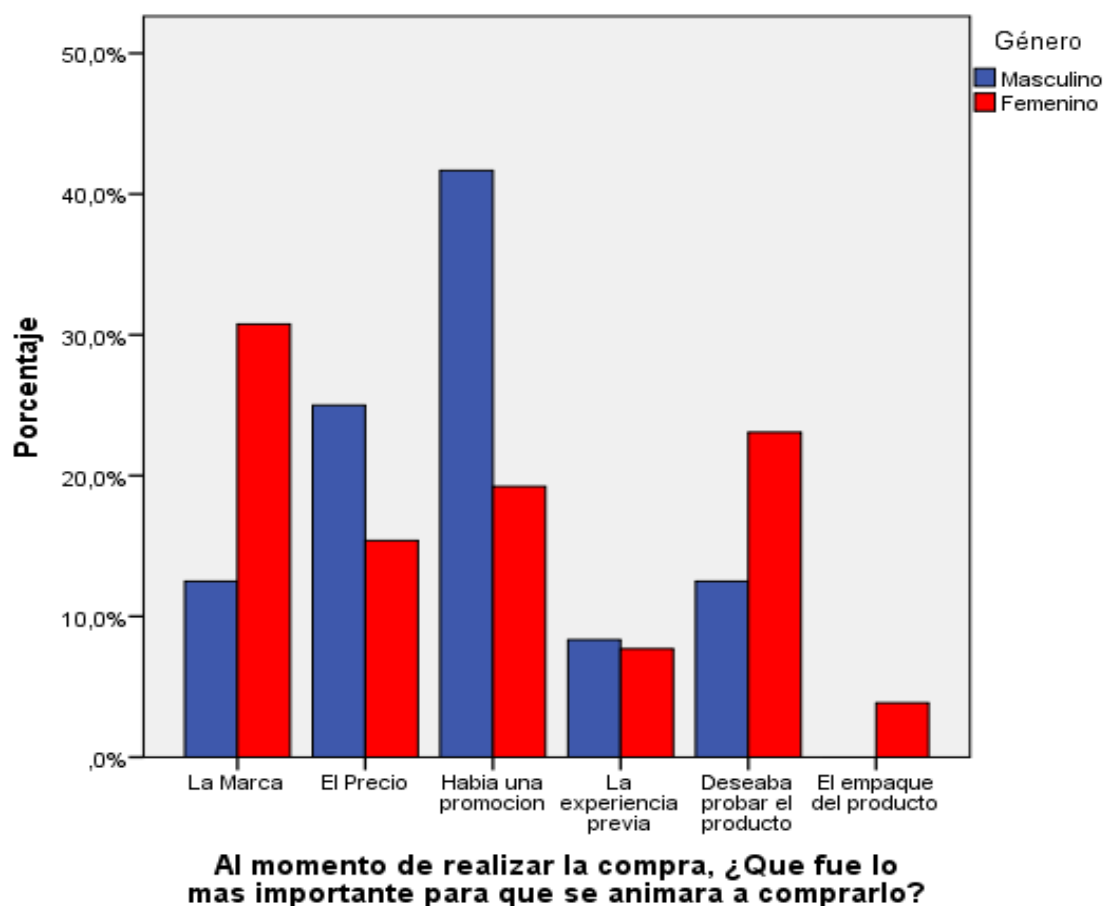


Figura 14: Elección de la compra en función a las características ofrecidas por el producto. Elaboración propia.

5.6.3. Tabla Nutricional

Se preguntó a los entrevistados respecto a la lectura de la tabla nutricional presente en el empaque, teniendo como resultado que el 52 % de los entrevistados admitieron que si habían leído la tabla nutricional, mientras que el 48% restante no lo hizo.

Tabla 18*Lectura de la tabla nutricional presente en el empaque*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	26	52,0	52,0	52,0
No	24	48,0	48,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia.**5.6.4. Advertencia Publicitaria**

Los resultados demostraron que el 88% de los participantes no compraría un producto alimenticio que incluya una advertencia publicitaria que etiquete al producto como de alto contenido de calorías, grasas trans, azúcar, sodio y grasas saturadas

Tabla 19*Intención de compra de productos con advertencia publicitaria*

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	6	12,0	12,0	12,0
No	44	88,0	88,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia.**5.6.4.1. Tipo y ubicación de la advertencia publicitaria.**

Los resultados de la encuesta demostraron que los participantes eligieron el mensaje de advertencia (78%) y en menor medida el uso del semáforo nutricional (18%) y la escala numérica (4%) como la mejor forma de disuadir e informar de los peligros del consumo de

ciertos productos alimenticios y bebidas no alcohólicas debido a su alto contenido de grasas trans, azúcar, sodio y grasas saturadas

Tabla 20
Tipo de advertencia publicitaria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mensaje	39	78,0	78,0	78,0
Semáforo	9	18,0	18,0	96,0
Escala	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Nota: Elaboración propia.

Respecto a la ubicación de las advertencias publicitarias, la estadística arroja que más del 50% de los participantes del estudio que eligieron el mensaje publicitario como la mejor opción de advertencia, prefieren que el mensaje se encuentre en la parte trasera del empaque, mientras que más del 60% de los participantes que eligieron el semáforo nutricional prefieren que este se encuentre en la parte delantera del empaque. En el caso de la escala numérica no hay una preferencia definida (50%).

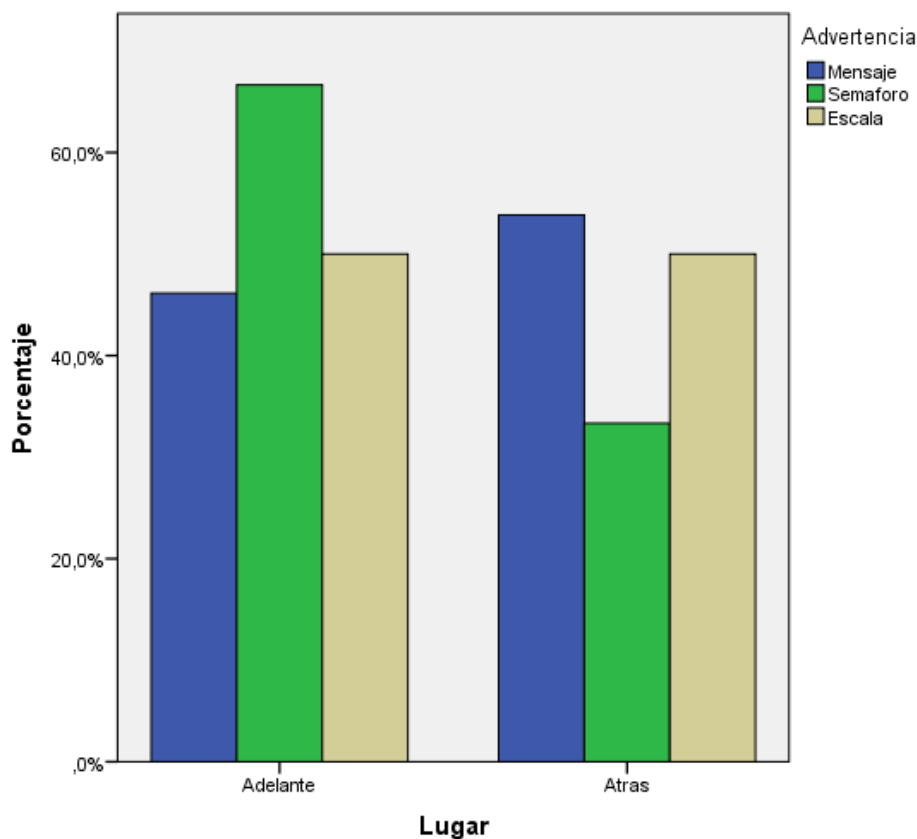


Figura 15: Ubicación de la advertencia publicitaria. Elaboración propia.

5.6.5. Compra del producto

A pesar que las el 88% de los participantes admitieron que no comprarían un producto que incluya una advertencia publicitaria en el empaquetado, al cruzar esta información en el software SPSS (versión 17.0, SPSS Inc., Chicago, IL) con los datos obtenidos respecto a la visualización de la tabla nutricional por parte de los participantes, arrojó el siguiente resultado: 24 personas (44%) que vieron la tabla nutricional no comprarían un producto con advertencia publicitaria, 24 personas (44%) que no vieron la tabla nutricional no comprarían un producto con advertencia publicitaria, 4 personas (8%) que vieron la tabla nutricional si

comprarían un producto con advertencia publicitaria; y solo 2 personas (4%) admitieron que no vieron la tabla nutricional comprarían un producto con advertencia.

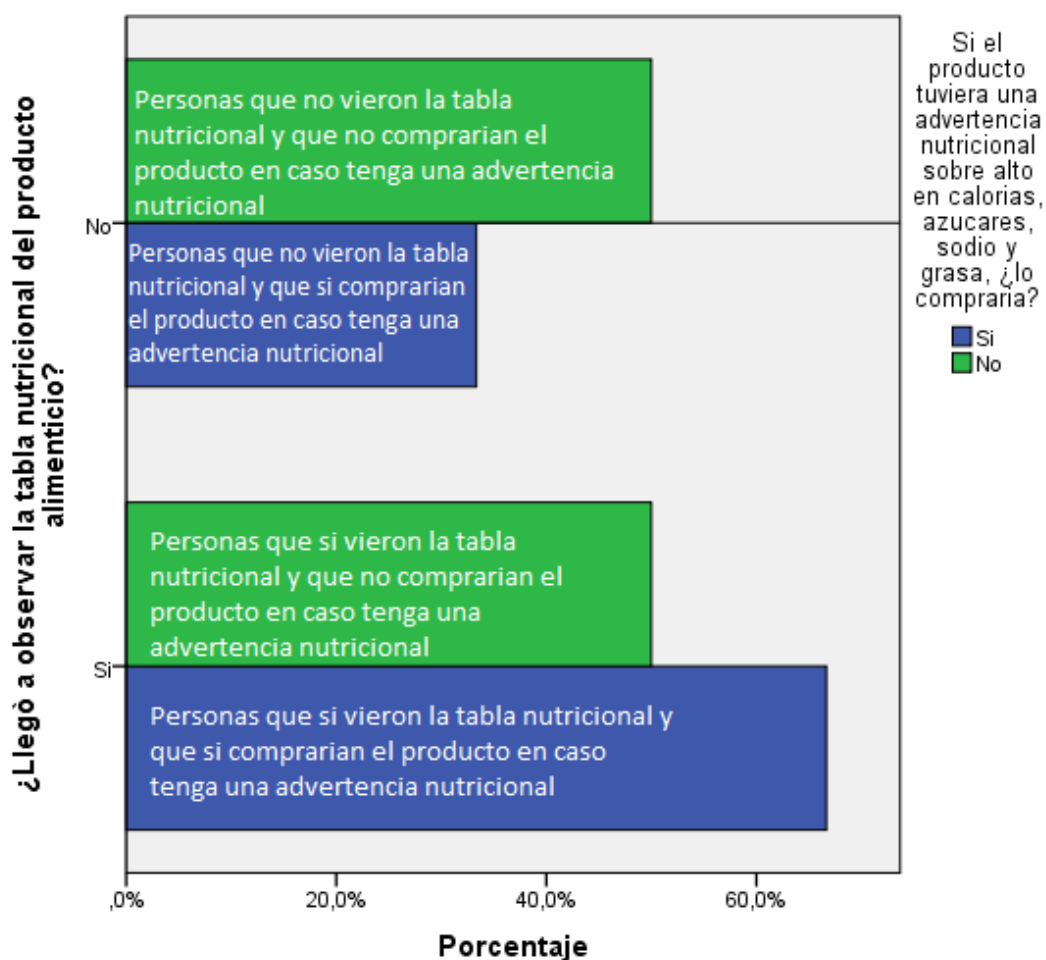


Figura 16: Decisión de compra en función a la tabla nutricional y la advertencia publicitaria .Elaboración propia.

5.7. Discusión

5.7.1. Influencia de la publicidad en las decisiones de consumo

A pesar que la encuesta realizada demuestra que la publicidad aún tiene la capacidad de persuadir a las personas para comprar los productos alimenticios que ofrece por los medios de

comunicación tradicionales (78% del total de los encuestados); los resultados arrojan que alrededor del 52% del total de los encuestados suelen ceder sus decisiones de consumo de productos alimenticios a sus acompañantes, de los cuales el 44% de los acompañantes eran menores de 12 años.

Si bien la publicidad aún ejerce una influencia notable sobre el comportamiento de las personas (función social); debido a que es un actor que transmite significados y atribuye valores tanto al producto como al consumidor a través de la compra (Codeluppi 2007) esta puede ser contrarrestada por la influencia que ejercen otros actores sociales como la familia, la escuela, las creencias o también ser distorsionadas por errores de percepción, sesgos cognitivos o emociones.

Ahora bien, si reducimos el número de actores sociales que disminuyen la eficacia de la publicidad, encontramos que la familia resulta ser el lugar donde los niños adquieren habilidades, conocimientos y aptitudes para su funcionamiento como potenciales consumidores en el mercado. Este proceso de aprendizaje se le llama socialización del consumidor (Berenguer et al. 2001)

Por su parte, Carlson & Grossbart (1988) describen cuatro prácticas importantes usadas por los padres de familia que refuerzan el proceso de socialización de los hijos: a) la limitación a la autonomía de los niños en relación a sus decisiones de consumo, siendo la edad de los niños inversamente proporcional al nivel de permisividad establecido por los padres de familia, b) la comunicación voluntaria o involuntaria en relación a los productos consumidos dentro del contexto familiar, c) las restricciones impuestas por los padres de familia al consumo de sus hijos, representado en la influencia y participación de los mismos en las compras familiares y d) las restricciones impuestas a los menores sobre el uso de los medios de comunicación social.

Los trabajos de Roedder (1999) y Carlson & Grossbart (1988) nos demuestran que gran parte de las preferencias de consumo son construidas a partir de las decisiones impuestas por los padres de familia durante la niñez de los hijos y son reforzadas en su adolescencia; dificultando de esta forma la actividad persuasiva de la publicidad, especialmente si esta es contraria a los valores asumidos como válidos por el consumidor.

5.7.2. Los roles y estereotipos de género en la socialización del consumidor

Los resultados de la encuesta arrojan que el 64% de las mujeres entrevistadas tenían la decisión final sobre la compra de un producto alimenticio, mientras que el 65% de los varones entrevistados cedían a su acompañante la decisión final de la compra. Basándonos en esta evidencia podemos afirmar que los roles y estereotipos familiares influyen en el proceso de socialización de los niños como consumidores.

Lamas (2002) define a los roles de género como el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variantes de acuerdo con la cultura, la clase social, el grupo étnico y hasta el estrato generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva: las mujeres paren a los hijos y, por lo tanto, los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino, que se identifica con lo público. A diferencia de los estereotipos que se tratan de justificar en función a las características biológicas y anatómicas; los roles de género distribuyen el trabajo en base al género.

Los roles y estereotipos basados en el género condicionan y limitan a las personas debido a que los induce a creer que sus valores, cualidades intelectuales, aptitudes y actitudes

también son diferentes y por lo tanto deben estimular y reprimir sus comportamientos en función a sus diferencias anatómicas.

En el caso de las mujeres, eventos como el embarazo, la maternidad o la lactancia han desencadenado la construcción de roles que son asumidos de manera inconsciente por ellas, los cuales redundan en discriminación y desigualdad de oportunidades frente a los hombres.

Por lo tanto, resulta preocupante el resultado de la encuesta realizada debido a que demuestra que las mujeres en el fondo no solo tienen una mayor carga de responsabilidad en la crianza sino también en el proceso de socialización de los niños como consumidores; mientras que los hombres tienen menos participación en su crianza.

Para Amarís (2004) la razón del porque los hombres participan menos en la crianza de los menores se debe al conservadurismo existente en la región:

Una vez se constituye la familia y la pareja asume tener su primer hijo, la distribución de las tareas propias de los roles familiares tiende a darse desde la línea del tradicionalismo. Cuando nace un niño, sus padres deben responder a sus necesidades físicas y emocionales; para responder a ellas, y asegurar el sustento económico de la familia, el padre asume que debe trabajar duro y prepararse profesionalmente lo mejor posible; de esta manera ocupa menos de su tiempo en la atención directa del niño. Entre tanto, la madre asume el cuidado y atención del menor, así como las tareas domésticas del hogar. (Amarís 2004 p.18)

En los últimos años este modo tradicional de distribuir los roles ha empezado a mostrar cambios debido a que las mujeres han empezado a incluirse en la vida económica, social, política y cultural del país, obligando así a replantearse los roles tradicionalmente asignados a su género y por consiguiente han traído una mayor participación de los hombres en las tareas relacionadas con el cuidado de los niños. Sin embargo, si se toman en cuenta como forma de

trabajo las tareas consideradas como domésticas (lavar, planchar, cocinar, asear), se debe considerar que las mujeres aún realizan más tareas domésticas que los esposos quienes consideran estas actividades como colaborativas y subsidiarias.

En el caso de las mujeres que son cabeza de familia los roles y estereotipos de género hacen que sean una población vulnerable ya que deben realizar de forma paralela el trabajo doméstico y a su vez desplegarse como fuerza de trabajo, dejando de lado la crianza de los niños a un ambiente secundario o delegando esta actividad a otros miembros de su familia. Este tipo de situaciones puede verse en los casos de madres solteras, separadas o viudas. (Amarís 2004, Viveros 2010).

5.7.3. La imagen, la marca y el efecto priming

El resultado de la encuesta arrojó que al menos el 42% de los entrevistados fijaron su atención en la imagen del producto alimenticio en contraposición del mensaje (28%), el tamaño (20%), el color (8%) y la forma (2%); y esto se debe a la evocación de las ideas sugeridas por la imagen y que pueden reflejarse en el producto, a esta asociación masiva de ideas se le conoce como efecto priming.

Para Kahneman (2013):

Una idea puede ser concreta o abstracta, y puede expresarse de muchas maneras: como verbo, como nombre, como adjetivo o como puño cerrado. Los psicólogos conciben las ideas como nudos de una extensa red llamada memoria asociativa, en la que cada idea está vinculada a muchas otras. Hay diferentes tipos de vínculos: los de causa con sus efectos (virus → resfriado), los de las cosas con sus propiedades (lima → verde), los de

las cosas con la categorías a las que pertenecen (plátano → fruta). (Kahneman 2013 p. 74)

El efecto priming es un fenómeno psicológico, por el cual ante un estímulo, suceso o experiencia, recuperamos – consciente o inconscientemente - de nuestra memoria asociativa una o varias ideas, que a su vez activan a otras más en efecto domino.

El priming no se limita solo a conceptos o a palabras; estudios recientes han sugerido que es posible que nuestras acciones y emociones puedan ser primadas por acontecimientos del que no somos conscientes.

Un experimento realizado por el psicólogo John Bargh y sus colaboradores a un grupo de estudiantes de la Universidad de Nueva York, demostró que es posible primar a los sujetos de manera inconsciente. En el experimento se le pidió a los estudiantes que formaran frases de cuatro palabras asociando palabras relativas a la ancianidad (por ejemplo olvido, calvo, canas, arrugas, etcétera); una vez terminada la tarea se les pidió realizar otro experimento en una oficina que estaba lejos del vestíbulo. Los investigadores midieron el tiempo que tomaron los estudiantes para llegar de una oficina a otra; dando como resultado que los estudiantes que habían construido frases con palabras relativas a la vejez caminaban más despacio que los demás. (Kahneman 2013).

El priming es un efecto ampliamente conocido en el ámbito de la publicidad, y está muy ligada al ámbito de la atención visual. Esta relación entre atención visual y publicidad nos lleva a hablar del concepto de visualidad, definida como la capacidad que tiene la composición gráfica y los elementos que la integran de atraer la atención del sujeto (Añaños & Valli 2012)

Debido a que la atención resulta estar limitada a factores de carácter biológico y cognitivos, la visualidad obliga a los publicistas a ser selectivos con la información

suministrada a los consumidores. Por ello, el uso de imágenes, logos, marcas y de personajes animados o reales, resultan ser atractivos al momento de expresar ideas ya que pueden fácilmente evocar las características y valores que representa el producto al consumidor.

Una de las herramientas biométricas más utilizadas en la evaluación publicitaria es la técnica de seguimiento ocular o Eye Tracking, que permite identificar el nivel de atención del anuncio y los elementos que tienen el poder de captar la atención del consumidor en términos de fijaciones oculares, debido a que el movimiento de los ojos está estrechamente relacionado con la atención visual (Añaños & Oliver 2015).

El uso del Eye Tracking ofrece una mayor información respecto a la eficacia de un spot publicitario. Las técnicas de seguimiento ocular han demostrado que el diseño del empaque genera mayor atención en el consumidor cuando se produce una interacción entre el protagonista de la publicidad y el empaque (ver figura); mientras que en situaciones de no interacción la atención del consumidor se dirige hacia la imagen del protagonista de la publicidad (ver figura) (Añaños & Oliver 2015).



Figura 17: Heat Map en situación de interacción. Añaños & Oliver (2015). Copyright 2015. Reimpreso con permiso



Figura 18: Heat Map en situación de no-interacción. Añños & Oliver (2015). Copyright 2015. Reimpreso con permiso

Ahora, si nos situamos estrictamente dentro del ámbito de la marca y los personajes animados y/o reales asociados a ella, tenemos que el efecto priming resulta particularmente importante cuando se utiliza técnicas dirigidas al posicionamiento de la marca en medios de comunicación audiovisuales, debido a que el público juvenil suele estar más atento a los detalles dispersos antes que los adultos (Nelli & Bensi 2007).



Figura 19: Asociación entre el personaje de Terminator y la marca de gaseosas Pepsi. Terminator 2: Judgment Day. Copyright 1991. Reimpreso con permiso

Finalmente, el Eye Tracking ha demostrado que el uso de personajes animados (branding characters) en empaques no genera expectativas de compra en los niños debido a su condición de fantasía sino que esta se debe al contacto visual directo entre el personaje animado y el niño.

Un estudio realizado por un grupo de investigadores de la Universidad de Cornell sobre el uso de personajes animados en las portadas de las cajas de cereales, demostró que los cereales más vendidos fueron el de las marcas cuyos personajes animados establecían contacto visual directo con los niños. El estudio concluía que el contacto visual transmitía sentimientos positivos de confianza y de empatía a los consumidores, aumentando de esta forma la elección de la marca seleccionada sobre las marcas competidoras. (Tal et al. 2015)

5.7.4. Compras por default

Los resultados arrojaron que el 48% de las personas encuestadas (24) admitieron que no habían visto la tabla nutricional. Esto nos lleva a pensar que las compras realizadas por estas personas fueron realizadas por defecto

Las elecciones por defecto (default) se caracterizan porque no limitan la libertad de decisión del consumidor, puesto que si este no desea realizar la compra, puede decidir no seguirlas. Sin embargo, en el fondo las elecciones por defecto tienen un impacto en la conducta del consumidor porque: a) Representan elecciones que requieren menor esfuerzo mental que condicionan al Sistema 1 y por lo tanto se convierten en respuestas automáticas, b) Se convierten en una recomendación implícita especialmente para los consumidores que disponen de poco tiempo, información y experiencia; y c) Con el tiempo, los productos elegidos por defecto se vuelven un nivel de referencia o status quo, donde cualquier otra

alternativa presente en el mercado se convierte en un riesgo que suscita aversión a los consumidores. (Sunstein 2013, 2014)

Podemos afirmar entonces que las compras realizadas por defecto están claramente sesgadas por: a) el exceso de confianza que tienen los consumidores hacia la marca del producto, b) el optimismo desmedido basado en la premisa de que no sufrirán por las consecuencias de su elección, y c) la aversión a la pérdida que se genera ante decisiones bajo incertidumbre:

- a) Exceso de confianza: El exceso de confianza consiste en sobreestimar la seguridad que tienen las personas sobre sus propias decisiones. El exceso de confianza tiene como antecedentes o causas: i) la cultura definida como la aceptación natural del riesgo y ii) la experiencia basado en la premisa “ellos han consumido las mismas cosas durante toda su vida y nunca les ha pasado nada” (Salanova et al. 2011).

Sin embargo, la confianza también depende de cómo nuestra mente construye una historia a partir de la información que vemos y podamos recordar, aunque esto sea poco. Nuestra mente durante este proceso cognitivo no toma en cuenta la posibilidad que falta evidencia en la construcción del juicio, debido a que considera que todo lo que hemos visto, es todo lo que hay. Además, nuestro sistema asociativo tiende a decidirse por construir una historia de modo coherente, por lo cual suprime información que pueda generar duda o ambigüedad (Kahneman 2013).

En nuestro caso, la construcción de la confianza entre los consumidores y las marcas pasa en primera instancia con el conocimiento de la existencia de dicha marca mediante la exposición del consumidor a la publicidad, proceso de compra por primera vez del producto, el consumo y el disfrute del mismo, para así elaborar un juicio de valor, que conlleva a la identificación del producto con la marca y la

posterior defensa de la marca de manera recurrente y a futuro ser considerado como consumidor leal.

Al ser la lealtad de marca el máximo nivel de confianza entre consumidores y productores, su mantenimiento no debe quedarse en la valoración experiencial, sino que debe ser reforzado mediante un enfoque de sentimientos, actitudes y comportamientos de tal forma que identifiquen al consumidor con el producto. Tenemos así que un estudio realizado en Colombia en el año 2015 demostró que los consumidores que tienen una buena actitud frente a la marca de Coca Cola, eran más propensos a ser leales al consumo del producto que aquellos que desconfían de la publicidad de la empresa. (Bucheli & Brin 2016).

- b) Optimismo Desmedido: Los seres humanos nos presentamos desmedidamente optimistas para predecir lo que nos sucederá mañana, la próxima semana o en unos años, sobreestimamos la probabilidad que nos sucedan eventos positivos y subestimamos la posibilidad de eventos negativos. Por ejemplo, subestimamos nuestras posibilidades de divorciarnos, nos ocurra un accidente automovilístico o sufrir cáncer. Del mismo modo sobreestimamos nuestras expectativas de vida, los éxitos en nuestro trabajo o considerar que nuestros hijos son talentosos. Este fenómeno es conocido como el sesgo del optimista u optimismo ilusorio.

Para Sharot (2011) el sesgo del optimista se define como la diferencia entre las expectativas de una persona y el resultado que le sigue. Si las expectativas son mejores que la realidad el sesgo es optimista, si la realidad es mejor que lo esperado, el sesgo es pesimista.

Por lo tanto, el grado de optimismo se mide de manera empírica registrando las expectativas de un individuo antes que ocurra un evento y contrastándolo con los

resultados obtenidos. Cuando el sesgo del optimismo gira en torno hacia acontecimientos negativos del futuro, recibe el nombre de ilusión de invulnerabilidad, que se define como la tendencia a creer que uno mismo tiene menos posibilidades que la persona media de que le ocurran eventos negativos.

Al respecto, Sánchez et al. (1998) señalan seis factores como causas del sesgo de optimismo:

1) control personal percibido sobre los acontecimientos que se evalúan; 2) sesgo egocéntrico provocado por el mejor conocimiento que tienen las personas de sus propias acciones; 3) falta de experiencia personal con determinados acontecimientos, lo que puede conducir a infraestimar la posibilidad de que acontezcan acontecimientos que previamente no han ocurrido; 4) estereotipos y prototipos que se manejan sobre qué personas tienen más posibilidades de que les ocurran determinados acontecimientos o de padecer ciertas enfermedades; 5) mantenimiento de la autoestima y auto ensalzamiento personal que induce a pensar y valorar la conducta, estilo de vida y personalidad propios en términos mucho más positivos que los empleados cuando se trata de la conducta de los demás; 6) estrategias de afrontamiento utilizadas en situaciones amenazantes reales o imaginadas para protegerse de ansiedades y preocupaciones. (Sánchez et al. 1998 p. 8)

Tenemos así que el optimismo desmedido resulta ser endémico en el sector salud. Un estudio realizado en el 2011-2012 a 269 estudiantes universitarios de una universidad española demostró que el 71,2% de los entrevistados creían tener algún grado de invulnerabilidad respecto a la posibilidad de contraer VIH/SIDA, siendo las mujeres las que mostraron ligeramente mayores puntuaciones, debido a que percibían a

las personas con VIH/SIDA como imprudentes, consumidores de droga, peligrosas, promiscuas, sucias y viciosas. (Rojas et al. 2015)

Finalmente, la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha identificado sesgos dentro del campo de la prevención de enfermedades. En un informe del año 2014, los investigadores del BID recopilaron una serie de comportamientos y frases como “estoy consciente del hecho pero estoy seguro de que a mí no me va a pasar” o “si me comprometo, seguro que puedo cumplir la meta” entre los beneficiarios de las políticas públicas dirigidas a combatir enfermedades no transmisibles (ENT) en América Latina, lo que confirmó la existencia de un optimismo desmedido por parte de los beneficiarios quienes creen que no sufrirán los efectos adversos de sus malos hábitos alimenticios. (Pinto et al. 2014)

- c) Aversión a la pérdida: La Teoría Prospectiva sugiere que ante situaciones de incertidumbre, los individuos toman decisiones a partir del punto de referencia en el que se encuentren.

Es decir si los individuos se encuentran ante decisiones donde la ganancia es tangible pero implica un riesgo – por pequeño que sea – de pérdida, preferirán no arriesgar porque les resulta doloroso y contribuye a aumentar el estado de incertidumbre ante el cual se encuentran. Por otro lado, si los individuos deberán tomar decisiones que ocupan necesariamente de pérdidas, la aversión disminuye y son más propensos a tomar la opción más riesgosa.

Para Drago & Rojas (2011):

En efecto, la aversión a las pérdidas sugiere que la pérdida de una cantidad de dinero X genera una aversión mayor que la atracción que puede generar una

ganancia X equivalente; incluso puede decirse que a una persona le afectará una pérdida el doble de lo que le satisfará una ganancia. Ello, porque la gente no mira los costos que afectan su patrimonio de manera equivalente al tratamiento que le da a los costos de oportunidad, incluso si éstos son objetivamente equivalentes. (Drago & Rojas 2011 p. 65)

Si aplicamos el concepto de la aversión a la pérdida, esta nos demostraría que el consumidor peruano parte desde un punto de referencia negativo debido a: (i) la ausencia de alternativas saludables y a bajo coste debido a la alta concentración de empresas en el sector de alimentos procesados y (ii) la ausencia de infraestructura vial y de servicios de comunicación que trae como consecuencia una mala distribución de alimentos. (Banco Mundial 2015)

Ante esta situación negativa, es natural que los consumidores prefieran seguir consumiendo los productos procesados presentes en el mercado, contribuyendo así al mantenimiento de malos hábitos alimenticios y por consiguiente al aumento de la obesidad.

5.7.5. Efectividad de las Advertencias Publicitarias

Los resultados del trabajo arrojaron que 44 personas encuestadas (88%) no comprarían un producto que contenga una advertencia publicitaria; del mismo modo 39 personas encuestadas (78%) sostienen que el mensaje es la mejor forma de advertencia frente a 9 personas que apoyaban al semáforo nutricional (18%) y 2 personas que apoyaban la escala (4%).

Estos datos nos demostrarían que las advertencias funcionarían efectivamente en un corto plazo logrando disuadir a los consumidores de comprar alimentos procesados; sin embargo no arroja mayores luces respecto a su efectividad como medida a largo plazo; lo cual es básico para justificarse como una medida regulatoria adecuada.

Lamentablemente, la literatura dirigida a estudiar la efectividad de las advertencias publicitarias en alimentos procesados es nula por ser una medida adoptada recientemente y del que es necesario observar detenidamente su evolución a lo largo del tiempo.

Por ese motivo, nuestras conjeturas respecto a su efectividad a largo plazo, se complementará a partir de la experiencia surgida de incluir advertencias publicitarias en la industria del tabaco debido a que ambas regulaciones tienen el mismo origen, la prevención y el cuidado de la salud.

La industria del tabaco empezó a sufrir restricciones a raíz de los primeros informes médicos que relacionaron el consumo de cigarrillos como la principal causa de cáncer al pulmón a mediados de 1950, los cuales tuvieron como consecuencia que algunos países como Estados Unidos – a través de la Comisión Federal de Comercio - dictaran las primeras medidas con el fin de disminuir y/o prohibir el uso de ciertos ingredientes en la fabricación de cigarrillos como el caso alquitrán o la nicotina; sin dictar medida alguna con el fin de restringir la publicidad- Por su parte países como Noruega, Canadá, Grecia o Finlandia adoptaron a mediados de 1970 una posición más restrictiva al prohibir progresivamente la publicidad alusiva al consumo de tabaco, posición a la que se sumó los Estados Unidos en 1990.

Durante ese lapso de tiempo, entre 1975 - año en que Noruega adoptó la prohibición de publicidad – y 1990 – año en que lo hizo los Estados Unidos – el consumo de cigarrillos en este último país se redujo en un 30% debido a que la publicidad dio un giro en cuanto al

mensaje. Durante ese lapso de tiempo las empresas tabacaleras estadounidenses promocionaban sus marcas bajo la filosofía de “mi marca causa menos cáncer que la tuya”; mientras que en Noruega, el consumo de cigarrillos solo disminuyó 1% y el consumo finlandés aumentó en un 10% (Calfee 2013).

Sin embargo, esta experiencia empírica mostrada por Calfee, parece no haber sido tomada en cuenta en el diseño de políticas sanitarias dirigidas a desalentar el consumo de tabaco. En el año 2003, La Organización Mundial de la Salud promovió el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Hasta la fecha 177 países han firmado y ratificado este instrumento internacional, siendo el Perú parte de este acuerdo desde el año 2005.

El Convenio Marco para el Control del Tabaco establece la inclusión de advertencias sanitarias que cubran al menos el 50% de cada cara principal de las cajetillas u otra forma de empaque de todo tipo de productos de tabaco, incluyendo imágenes con el fin de desalentar el consumo de tabaco y reforzar la información sobre los peligros de su consumo.

Sin embargo a la fecha los estudios referentes a la efectividad de este tipo de medida han demostrado que si bien han aumentado los niveles de información en cuanto a los peligros de fumar cigarrillos, como arma de disuasión ha fracasado notablemente.

Tenemos así que los resultados de una encuesta a 1765 fumadores adultos de Guadalajara (México) en el año 2010, arroja como resultado que las advertencias publicitarias con imágenes en las cajetillas de cigarrillos han logrado aumentar el conocimiento sobre los daños que provoca el tabaco entre los fumadores frecuentes, especialmente entre los jóvenes de 18 a 25 años. Sin embargo, el estudio arroja que solo el 33% de los entrevistados consideró dejar de fumar en un lapso de seis meses luego de haber visto las advertencias publicitarias. (Thrasher et al. 2012)

Al parecer las causas del poco impacto que tienen las advertencias publicitarias se deben a tres características muy puntuales a) el uso de imágenes chocantes y sugerentes para demostrar las consecuencias de consumir tabaco, b) el diseño de la advertencia publicitaria y c) el discurso imperativo del mensaje.

- a) El uso de imágenes chocantes: Las disposiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, disponen el uso de imágenes explícitas en las cajetillas de cigarrillo con la finalidad de desalentar su consumo. Sin embargo, esta medida parece tener un efecto contrario. Un estudio realizado por la Universidad de Illinois (Estados Unidos) en el año 2015, demostró que el uso de imágenes explícitas en el empaquetado de cigarrillos solo termina por generar en los consumidores la percepción de que tratan de reducir su libertad, disminuyendo la capacidad de disuasión de la advertencia publicitaria y fortaleciendo el consumo de tabaco (La Voie et al. 2015).
- b) Diseño de la advertencia publicitaria: El uso de un solo estilo de letra, un solo color en el diseño y un solo discurso en los mensajes de las advertencias publicitarias resultan ser contraproducentes al momento de llamar la atención de los consumidores. Tenemos así que un estudio realizado en el 2009, a 180 alumnos de la Universidad de Salamanca (España) para medir su capacidad de atención ante las advertencias publicitarias de paquetes de cigarrillos, demostró que las palabras sanitarias como: tos, dolor, muerte, cáncer, hábito, pulmón, infarto, garganta, adicción e impotencia no ejercían un impacto atencional en los alumnos fumadores más que las palabras neutras presentes en la advertencia publicitaria; mientras que las palabras relacionadas con el tabaco como: tabaco, fumar, cigarrillo, calada, nicotina, café, humo, mechero, deseo e

impulso generaban interés en los alumnos ex- fumadores y no fumadores (Lancho & Cabaco 2009).

- c) Discurso imperativo del mensaje: El estudio comparado del discurso presenten en las cajetillas de cigarrillos desde el punto de vista semántico y lingüístico han demostrado la capacidad de aceptación del mensaje por parte de los consumidores según el modo gramatical en el que se encuentre escrito el discurso. Tenemos así que los consumidores prestan mayor atención a los mensajes cortos y cuya construcción está orientada a la opinión (los cigarrillos pueden ser altamente adictivos) que a los mensajes orientados en un modo imperativo (Fumar es malo para la salud) o los que entregan excesiva información (Fumar durante el embarazo puede producir daños permanentes en el feto e incrementa el riesgo de abortar) (Sabaj 2006).

El uso del discurso imperativo en el mensaje de las advertencias publicitarias presentes en las cajetillas de cigarrillo puede generar distorsiones cognitivas en los consumidores, para Monroy (2011) las advertencias publicitarias tienen la potencialidad de reducir eficazmente el consumo de tabaco pero dicha efectividad podría incrementarse si la información contenida en los mensajes es reenmarcada de una manera más amigable y sugerente, como por ejemplo informar sobre los beneficios de no fumar.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación llega a concluir que las medidas adoptadas en materia de publicidad por el Estado Peruano para disminuir los niveles de obesidad y sobrepeso en los menores de edad resultan ser inadecuadas e insuficientes para lograr modificar las conductas que favorecen el consumo de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, sodio, grasas trans y grasas saturadas.

Esto se debe a que la Ley N° 30021 y su reglamento el D.S N° 017-2017-SA contienen fallos estructurales en el diseño, al considerar a la publicidad como el principal responsable de la prevalencia del consumo de alimentos no saludables.

De la revisión de la bibliografía médica y científica concluimos que las causas y factores que favorecen el desarrollo de la obesidad y sobrepeso en los menores de edad tienen su origen en las actitudes parentales, que son cogniciones que predisponen a las personas a actuar de forma positiva o negativa frente a un acontecimiento y que se aprenden en los primeros años de la infancia.

En este aspecto, el trabajo de campo demostró que el desconocimiento de buenos hábitos alimenticios entre los padres de familia, está condicionado por el tiempo que los padres disponen para la crianza de los menores y los roles asignados en función del género (madres más comprometidas/padres menos comprometidos en la crianza de los niños).

Ante este estado de incertidumbre, la publicidad -y por extensión las prácticas publicitarias- se vuelve un indicador informativo respecto a la calidad y beneficios de los productos alimenticios; aun cuando el objetivo de la publicidad sea persuadir e identificarse con los valores y el estilo de vida de los consumidores. Esta actitud explicaría por qué el 78% de los padres de familia encuestados admitió haber comprado el producto alimenticio luego

de haber visto el producto. La publicidad en todo caso, completó la información insuficiente que tenían los padres de familia sobre los beneficios nutricionales del producto.

Lo anteriormente mencionado nos lleva considerar que prácticas publicitarias sancionadas por la Ley N° 30021, como indicar los beneficios de la ingesta de un producto (Art. 08, inc. e), el uso de testimonios de personajes reales o ficticios para transmitir los beneficios del consumo de alimentos procesados (Art. 08, inc. j) o las dirigidas a sustituir el régimen alimenticio (Art. 08, inc. k) no deberían ser prohibidas debido a su uso informativo por parte de los consumidores, sino que deberían ser incluidas en los empaques y anuncios publicitarios previo permiso de la Comisión de Fiscalización de la Competencia Desleal del INDECOPI.

Por otro lado, la capacidad de los consumidores de discriminar entre los elementos persuasivos y los elementos informativos utilizados en el discurso publicitario, pueden originarse en el escepticismo de los consumidores frente a la publicidad, actitud aprendida en los primeros años de la infancia y reforzada con los años mediante la interacción social. Si bien la presente tesis no exploró esta variable, se encontró indicios de ella en el trabajo de campo. Los resultados arrojaron que las personas entrevistadas tienden a consultar su decisión de compra cuando van acompañados y en gran parte de los casos (especialmente en los varones) estas decisiones se ven modificadas, perdiéndose así el elemento persuasivo de la publicidad. En consecuencia, prácticas publicitarias como el uso de del humor, la exageración, el uso de situaciones o personajes ficticios que podrían ser sancionados por el Art. 08 de la Ley N° 30021 bajo los supuestos de consumo inmoderado (inc. a), mostrar porciones inadecuadas (inc. b), explotación de la ingenuidad (inc. c), generar expectativas (inc. d), uso estereotipos (inc. f), generar sensación de urgencia (inc. g) , sugerir generosidad (inc. h), el consumo impulsivo (inc. l) y mostrar imágenes sobredimensionadas (inc. m)

deberían permitirse y no ser sancionadas dentro del ámbito administrativo, sino ser solucionadas por mecanismos de Autorregulación en el que participen de forma conjunta productores, publicistas, creativos publicitarios, representantes de los medios de comunicación, miembros del INDECOPI, asociaciones de consumidores y consumidores en general con el fin de mejorar la calidad de los anuncios publicitarios emitidos.

Del mismo modo consideramos que el Art. 10 de la Ley N° 30021 dirigido a incluir advertencias sanitarias para desincentivar el consumo de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, sodio, grasas trans y grasas saturadas tendrá un efecto mucho menor de lo que se piensa.

Tras un impacto inicial, las advertencias publicitarias lograrían disminuir el consumo de este tipo de alimentos pero a medida que pase el tiempo, los consumidores terminarían por obviar el mensaje escrito y volverán a los niveles de consumo anteriores. Esto se puede explicar en la existencia de sesgos cognitivos que favorecen las compras por default. En este caso, la presente tesis identifico al exceso de confianza, el optimismo desmedido y la aversión al riesgo como los sesgos responsables de disminuir el impacto de la medida establecida por el Art. 10 de la Ley N° 30021.

Nuestra recomendación en este caso sería cambiar el tono negativo de la advertencia publicitaria y adoptar un mensaje positivo dirigido en tono conciliatorio y sugerente que busque resaltar los beneficios de llevar una vida saludable.

Como hemos visto hasta aquí, más allá de generar leyes que puedan tener un efecto en los consumidores en un corto plazo, es necesaria una política pública con un enfoque preventivo dirigido a mejorar los hábitos alimenticios de la población no a restringir la publicidad.

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Resulta necesaria la aplicación de nuevas herramientas –como el uso de nudges– en el diseño de políticas públicas dirigidas a la prevención de la obesidad, a fin de lograr un impacto positivo en la población afectada por esta; los cuales deberán estar constantemente monitoreados a fin de mantener su efectividad.

SEGUNDO: Los proyectos de ley dirigidos a regular la publicidad de la industria alimenticia, deberán estar sustentadas en un análisis de impacto regulatorio que no solo garantice la efectividad del proyecto de ley, sino que también deberá prever los posibles efectos negativos en el mercado y los cambios en las preferencias de los consumidores.

TERCERO: Generar incentivos a favor de la autorregulación publicitaria, a fin de que los proveedores puedan abstenerse de usar practicas publicitarias que si bien no han sido contempladas por la Ley N° 30021, resultan más eficaces e influyentes en las decisiones de compra de los consumidores.

CUARTO: Establecer lineamientos dirigidos a unificar la regulación de la publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas a nivel regional, a fin de que se pueda cumplir con los objetivos establecidas por las organismos internacionales relacionados a la protección del consumidor.

REFERENCIAS

Acuerdo Ministerial N° 40-2011. Reglamento para la Autorización y Control de la Publicidad y Promoción de Alimentos Procesados. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 388* del 18 de febrero de 2011. Ecuador.

Acuerdo Ministerial N° 4522-2013. Reglamento Sanitario de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 134* del 29 de noviembre de 2013. Ecuador.

Acuerdo Ministerial N° 5103-2014. Reglamento Sanitario Sustitutivo de Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 318* del 25 de agosto de 2014. Ecuador.

Álvarez D., Sánchez J., Gómez G. & Tarqui C. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), pp. 303-313.

Amarís M. (2004). Roles parentales y el trabajo fuera del hogar. *Psicología desde el Caribe*, (13), pp. 15-28.

Añaños, E. & Oliver, A. (2015). Atención y atención conjunta a los spots de TV. Estudio con la tecnología del Eye Tracker. *Gráfica*, 3(6), pp. 103-114.

Añaños, E. & Valli, A. (2012). La publicidad integrada en el contenido TV: Atención visual y reconocimiento cognitivo en los jóvenes y en los adultos mayores. *Pensar la Publicidad. Revista Internacional de Investigaciones Publicitarias*, 6(1), pp. 139-162.

Aquino R. (2 de enero de 2012). El 30% de los conductores que cometieron un atropello se fugó. *El Comercio*. Recuperado de: http://archivo.elcomercio.pe/sociedad/lima/30-conductores-que-cometieron-atropello-se-fugo_1-noticia-1355645.

Aráguiz H. (2004). El sedentarismo no es sólo causa de la tecnologización. *Educación Física y Deporte*, 23(1), pp. 33-44.

Aramayo A., Gagliuffi I. & Rodas C. (2013). Represión de la Competencia Desleal. En Aramayo A., Gagliuffi I., Rodas C., Stucchi P., Maguiña R. & Sosa A. *Competencia Desleal y Regulación Publicitaria* (pp.13-69). Lima, Perú: INDECOPI.

Ariza-Clerici, R. (2004). El derecho a la salud en la Corte Suprema de Justicia de la Nación. *Lecciones y Ensayos*, (80), pp. 285-328.

Atalah E. (2012). Epidemiología de la obesidad en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), pp.117-123.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial (2015). *Perú - Hacia un sistema integrado de ciudades: una nueva visión para crecer*. Recuperado de: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/981211468196152402/Per%C3%BA-Hacia-un-sistema-integrado-de-ciudades-una-nueva-visi%C3%B3n-para-crecer>.

Baron J. (2014). Heuristics and Biases. En Zaimir E. & Teichman D. (Eds.) *The Oxford handbook of behavioral economics and the law* (pp. 719-748). New York, Estados Unidos: Oxford University Press.

Bauman Z. (2007). *Miedo Líquido. La sociedad contemporánea y sus temores*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

Bell CG., Walley AJ. & Froguel P. (2005). The genetics of human obesity, *Nature Reviews Genetics*, 6(3), pp. 221-234.

Benavides F. & Guénet J. (2003). *Manual de genética de roedores de laboratorio. Principios básicos y aplicaciones*. Alcalá de Henares, España: Sociedad Española para las Ciencias del Animal de Laboratorio.

Bensi P. & Nelli P. (2007). *Il product placement nelle strategie di convergenza della marca nel settore dell'intrattenimento*. Milán, Italia: Vita e Pensiero.

Benton D., Brett V. & Brain P. (1987). Glucose improves attention and reaction to frustration in children. *Biological Psychology*, 24(2), pp. 95-100.

Benton D., Owens D. & Parker P. (1994). Blood glucose influences memory and attention in young adults. *Neuropsychologia*, 32(5), pp. 595-607.

Berenguer G., Cánovas P., Mollá A. & Pérez-Alonso P. (2001). Los adolescentes como consumidores. La familia como agente de socialización. En: *Estudios sobre consumo*, (58), pp. 35-46.

Bjerregaard P., Jørgensen M., Andersen S., Mulvad G. & Borch-Johnsen G. (2002). Decreasing overweight and central fat patterning with Westernization among the Inuit in Greenland and Inuit migrants. *International Journal of Obesity*, 26(11), pp. 1503-1510.

Bouchard C. & Rankinen T. (2005). Genetics and Obesity: What Does It Mean to the Clinician?, *Obesity Management*, 1(3), pp. 100-104.

Bucheli J. & Brin, J. (2016). Relación entre la confianza hacia la publicidad y la lealtad hacia la marca. *Cuadernos Latinoamericanos de Administración*, 12(23) pp. 59-72.

Calfee J. (2013). *Miedo a la persuasión. Una nueva perspectiva de la publicidad y sus reglas*. Lima, Perú: Asociación Civil THEMIS.

Calvert S. (2008). Children as consumers: advertising and marketing. *Future Child*, 18(1), pp. 205-234.

Calzado M., Rodríguez L., Vargas E. & Vistel M. (2000). Influencia de la lactancia materna en la salud del niño. *Revista Cubana de Enfermería*, 16(2), pp. 122-127.

Camerer, C. (2003). *Behavioral game theory, experiments in strategic interaction*. Princeton, Estados Unidos: Editorial Rusell Sage Foundation, New York & Princeton University Press.

Cantallops J., Ponseti F., Vidal J., Borràs P. & Palou P. (2012). Adolescencia, sedentarismo y sobrepeso: análisis en función de variables socio personales de los padres y del tipo de deporte practicado por los hijos. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (21), pp. 5-8.

Carlson L. & Grossbart S. (1988). Parental Style and Consumer Socialization of Children. *Journal of Consumer Research*, 15(1), pp.77–94.

Chabris C. & Simons D. (2010). *The Invisible Gorilla: How Our Intuitions Deceive Us*. New York, Estados Unidos: Harmony Books.

Christiaensen L., Demery L & Kuhl J. (2011). The (evolving) role of agriculture in poverty reduction-An empirical perspective. *Journal of Development Economics*, 96(2), pp. 239-254.

Chu M., Blades M. & Herbert J. (2014). The Development of Children's Skepticism About Advertising. En Blades M., Oates C., Blumberg F. & Gunter B. (Eds.) *Advertising to Children. New Directions, New Media* (pp. 38-49). Basingstoke, United Kingdom: Palgrave Macmillan.

Codeluppi V. (2007). El papel social de la publicidad. *Pensar la Publicidad*, 1(1), pp. 149-155.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017). *El costo de la doble carga de malnutrición: impacto social y económico. Síntesis del estudio piloto en Chile, Ecuador y México*. Recuperado: http://es.wfp.org/sites/default/files/es/file/espanol_estudiopiloto_abril_2017.pdf.

Consejo Consultivo de Radio y Televisión (2014). *Estudio cuantitativo sobre consumo televisivo y radial en Niños, Niñas y Adolescentes*. Recuperado de: <http://www.concortv.gob.pe/investigacion/estudios-cuantitativos/2014-estudio-cuantitativo-sobre-consumo-televisivo-y-radial-en-ninos-ninas-y-adolescentes/>.

Constitución de la Nación Argentina. Publicado en el *Boletín Oficial de la República Argentina* del 23 de agosto de 1994. Argentina.

Constitución Política de Colombia. Publicado en la *Gaceta Constitucional* del 4 de julio de 1991. Colombia.

Constitución Política del Perú. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 30 de diciembre de 1993. Perú.

Cordain L., Eaton S., Brand J., Mann, N. & Hill, K. (2002). The paradoxical nature of hunter-gatherer diets: Meat-based, yet non-atherogenic. *European Journal of Clinical Nutrition*, London, 56(S1), pp. S42-S52.

Córdova Y. (11 de octubre de 2016). OMS expone que impuesto a bebidas azucaradas debe ser de 20%. *El Economista*. Recuperado de: <https://www.eleconomista.com.mx/economía/OMS-expone-que-impuesto-a-bebidas-azucaradas-debe-ser-de-20-20161011-0087.html>.

Correll J., Park B., Judd C. & Wittenbrink B. (2002) The Police Officer's Dilemma: Using Ethnicity to Disambiguate Potentially Threatening Individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(6), pp. 1314-1329.

Croskerry P. & Norman G. (2008). Overconfidence in Clinical Decision Making. *American Journal of Medicine*, (121), pp. S2-S23.

Cuesta-Nova A., Vallejo S., Bautista J. & Mockus I. (2015). Acceso a la cirugía bariátrica en Colombia: la tutela como mecanismo de protección para el paciente obeso. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 63(1), pp. 81-86.

Damasio A. (1996). *El error de Descartes. La razón de las emociones*. Santiago de Chile, Chile: Editorial Andrés Bello.

Damsky I. A (2006) La construcción del derecho a la salud en Argentina a partir de la internacionalización de los ordenamientos jurídicos. En Cienfuegos-Salgado D. & Macías-Vázquez M. (Coord.). *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico* (pp. 161-206). México DF., México: Universidad Nacional Autónoma de México.

De la Jara J. (2016). PsychoLAWgy: Mapa para abogados en su viaje al interior del cerebro. *Advocatus*, (31), pp. 23-45.

Decreto Legislativo N° 635.Código Penal. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 08 de Abril de 1991. Perú.

Decreto Legislativo N° 1044. Ley de Represión de la Competencia Desleal. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 26 de junio de 2008. Perú.

Decreto N° 214-2014. Reglamento General a la Ley Orgánica de Comunicación. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N°170* del 27 de enero 2014. Ecuador.

Decreto Supremo N° 977/1996. Reglamento Sanitario de los Alimentos. Publicado en el *Diario Oficial* del 13 de mayo de 1997. Última modificación realizada por Decreto N° 13/2015 publicado por el Diario Oficial del 26 de junio de 2015. Chile.

Decreto Supremo N° 009-97-SA. Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 9 de setiembre de 1997. Perú

Decreto Supremo N° 008-2010-SA. Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 3 de abril de 2010. Perú.

Decreto Supremo N° 007-2015-SA. Reglamento que establece los Parámetros Técnicos sobre los Alimentos y Bebidas No Alcohólicas Procesados, referentes al contenido de Azúcar, Sodio y Grasas Saturadas. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 18 de abril de 2015. Perú.

Decreto Supremo N° 017-2017-SA. Reglamento de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 17 de junio de 2017. Perú.

Decreto Supremo N° 020-2005-PRODUCE. Reglamento de la Ley de Rotulado de Productos Industriales Manufacturados. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 24 de mayo de 2005. Perú.

Díaz A., Veliz P., Rivas-Mariño G., Vance C., Martínez L. & Vaca C. (2017). Etiquetado de alimentos en Ecuador: implementación, resultados y acciones pendientes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (41), pp.1-8.

Drago M. & Rojas C. (2011). *Derecho y Economía Conductual en Políticas Públicas De Prevención De Desastres: El Caso del Terremoto de Pisco*. (Tesis de pregrado) Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú.

El País (23 de febrero de 2016) *La obesidad en América. Diferencia geográfica y por sexo del índice de masa corporal*. Recuperado de: http://elpais.com/elpais/2016/02/23/media/1456247141_386752.htm.

Elissondo N., Gómez L., Maidana P. & Brites F. (2008) Adiponectina: una adipocitoquina con múltiples funciones protectoras. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 42(1), pp. 17-33.

Espino J. & Blanco J. (2005). Los niños en la publicidad. Una propuesta de categorización de las representaciones sociales sobre la infancia en los anuncios televisivos. *ZER Revista de Estudios de Comunicación*, 10(19). pp. 53-76.

Etayo C. & Del Rio J. (2008). Influencia de los factores humanos sobre la creatividad en las agencias de publicidad. *ZER Revista de Estudios de Comunicación*, 13(25). pp. 197-219.

Evans J. & Stanovich K. (2013). Dual-Process Theories of Higher Cognition. *Perspectives on Psychological Science*, 8(3), pp. 223-241.

Freire W., Waters F. & Rivas-Marino G. (2017). Semáforo nutricional de alimentos procesados: estudio cualitativo sobre conocimientos, comprensión, actitudes y prácticas en el Ecuador. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(1), pp. 11-18.

Friedman J., Leibel R., Siegel D., Walsh J. & Bahary N. (1991). Molecular mapping of the mouse ob mutation. *Genomics*, (11), pp. 1054-1062.

García M. (2001). *Las Claves de la Publicidad (5 ed.)*. Madrid, España: ESIC Editorial.

García-Ferrando M. (2006). *Posmodernidad y Deporte: Entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Godínez S., Marmolejo G., Márquez E., Siordia J. & Baeza R. (2002). La grasa visceral y su importancia en obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 10(3), pp.121-127.

Harlow J. (1993). Recovery from the passage of an iron bar through the head. *History of Psychiatry*, 4(14), pp. 274-281.

Heredia E. (2016). *Análisis de la influencia del semáforo nutricional en la población joven adulta, ante la compra y adquisición de alimentos*. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.

Hermida B. & Palomino V. (2016). La publicidad tutelada: Una visión comparada de los límites (In) justificados de la TV a menores en Perú y España. *Revista de Derecho Sociedad Jurídica*, (3), pp. 149-156.

Ingalls A., Dickie M. & Snell G. (1950). Obese, a new mutation in the house mouse. *Journal of Heredity*, 41(12), pp. 317-318.

Iza A. (2016). *Utilización del etiquetado nutricional por semáforo en bebidas procesadas por parte de los compradores adultos, que realizan sus compras en un supermercado del centro de Quito en los meses de octubre-noviembre del 2015*. (Tesis de pregrado) Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Quito, Ecuador.

Jackson P., Romo M., Castillo M., & Castillo C. (2004). Las golosinas en la alimentación infantil: Análisis antropológico nutricional. *Revista médica de Chile*, 132(10), pp. 1235-1242.

Jacobsen P. (2003). Safety in numbers: more walkers and bicyclists, safer walking and bicycling. *Injury Prevention*, 9(3), pp. 205-209.

Jarpa C., Cerda J., Terrazas C. & Cano C. (2015). Lactancia materna como factor protector de sobrepeso y obesidad en preescolares. *Revista Chilena de Pediatría*, 86(1), pp. 32-37.

Kahneman D. & Tversky A. (1979). Prospect Theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), pp. 263-291.

Kahneman D. (2003). Mapas de racionalidad limitada: Psicología para una economía conductual. Discurso pronunciado en el acto de entrega del premio Nobel de Economía 2002. *RAE: Revista Asturiana de Economía*, (28), pp. 181-225.

Kahneman D. (2013). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona, España: Editorial Debolsillo.

Krayem-Arbex A. (2011). La Obesidad y las políticas públicas de Salud en Brasil y en Argentina. En Tayah J., Romano L. & Aragão P. (Coord.) *Reflexiones sobre Derecho Latinoamericano-Estudios en Homenaje al Profesor Ricardo D. Rabinovich-Berkman*. (pp. 54-68). Buenos Aires, Argentina: Editorial Quórum.

La Voie N., Quick B., Riles J. & Lambert N. (2015). Are Graphic Cigarette Warning Labels an Effective Message Strategy? A Test of Psychological Reactance Theory and Source Appraisal. *Communication Research*, 44(3), pp. 416-436.

Lake A. & Townshend T. (2006). Obesogenic environments: exploring the built and food environments, *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), pp. 262-267

Lamas, M. (2002). *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*, México DF., México: Editorial Taurus.

Lancho C. & Cabaco A. (2009). Análisis del procesamiento atencional de la información relacionada con el tabaco y la salud mediante una tarea stroop modificada, *Estudios de Psicología*, 30(1), pp. 21-30.

León F. (2014). El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional peruano. *Pensamiento Constitucional*, (19), pp. 389-420.

León J. (2000). Creativos publicitarios: una visión del mundo. *Temas de Disseny*, (17), pp. 93-102.

Ley N° 0-2013. Ley Orgánica de Comunicación. Publicada en el *Registro Oficial Suplemento N° 22* del 25 de junio de 2013. Ecuador.

Ley N° 21-2000. Ley Orgánica de Defensa del Consumidor. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N°116* del 10 de julio de 2000. Ecuador.

Ley N° 26.396. Declárase de interés nacional la prevención y control de trastornos alimentarios. Publicado en el *Boletín Oficial de la República Argentina* del 3 de setiembre de 2008. Argentina

Ley N° 20606. Ley sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad. Publicado en el *Diario Oficial* del 06 de julio de 2012. Chile.

Ley N° 20869. Ley sobre publicidad de alimentos. Publicado en el *Diario Oficial* del 13 de noviembre de 2015. Chile.

Ley N° 28237. Código Procesal Constitucional. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 31 de mayo de 2004. Perú

Ley N° 28278. Ley de Radio y Televisión. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 16 de julio de 2004. Perú.

Ley N° 28405. Ley de Rotulado de Productos Industriales Manufacturados. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 30 de noviembre de 2004. Perú.

Ley N° 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 9 de abril de 2009. Perú

Ley N° 29571. Código de Protección y Defensa del Consumidor. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 02 de setiembre de 2010. Perú.

Ley N° 30021. Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Publicado en el *Diario Oficial El Peruano* del 17 de mayo de 2013. Perú.

Ley del Impuesto Especial sobre Producción y Servicios. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de diciembre de 1980. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 15 de noviembre de 2016. México.

Ley Federal de Protección al Consumidor. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 24 de diciembre de 1992. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 26 de junio de 2017. México.

Ley Federal de Radio y Televisión. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 19 de enero de 1960. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de Abril de 2012. México.

Ley General de Salud. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 07 de febrero de 1984. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 8 de diciembre de 2017. México.

Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 15 de abril de 2014. México.

Lipovetsky G. (2006). *El imperio de lo efímero. La moda y su destino en las sociedades modernas*, Barcelona, España: Editorial Anagrama.

Lissardy G. (31 de enero de 2017). ¿Cómo eligió Donald Trump los 7 países en su polémica prohibición de entrada a Estados Unidos?. *BBC Mundo*. Recuperado de: <http://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-38805983>

López de Blanco M. & Carmona A. (2005) La transición alimentaria y nutricional: Un reto en el siglo XXI. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 18(1), pp. 117-122.

López M., & Rodríguez M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad: Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), pp.421-430.

Manzur F., Alvear C., & Alayón, A. (2010). Adipocitos, obesidad visceral, inflamación y enfermedad cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 17(5), pp. 207-213.

Marcano Y., Torcat J., Ayala L., Verdi B., Lairet C., Maldonado M. & De Vegas J. (2006). Funciones endocrinas del tejido adiposo. Revisión. *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 4(1), pp. 15-21.

Marín K., Olivares S., Solano P., Musayón Y. (2011). Estado nutricional y hábitos alimentarios de los alumnos del nivel secundaria de un colegio nacional. *Revista Enfermería Herediana*, 4(2), pp. 64-70.

Martínez J., Montero y López L. & De la Roca J. (2016). Efectos psicoambientales de las áreas verdes en la salud mental. *Interamerican Journal of Psychology*, 50(2), pp. 204-214.

Martínez M., Barceló M., Gómez R. & Ramírez D. (2015). Circunferencia de la cintura, tamaño de la grasa visceral y trastornos metabólicos en la obesidad mórbida. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 25(1) pp. 28-47.

Miguel P., Cruz L., Marrero M., Mosqueda L. & Pérez L. (2009). Clasificación de obesidad monogénica. *Correo Científico Médico de Holguín*, 13(3). Recuperado de <http://www.cocmed.sld.cu/no133/pdf/no133rev1.pdf>.

Ministerio de Salud de Brasil (2015). *Guía alimentaria para la población brasileña*. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentaria_poblacion_brasilena.pdf.

Ministerio de Salud de Chile (2011). *Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Tomo I*. Recuperado: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>.

Ministerio de Salud de Perú (2012). *Un gordo problema: Sobrepeso y obesidad en el Perú*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1830.pdf>.

Ministerio del Ambiente (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible e Indicadores*. Lima, Perú: GRAFICA 39 S.A.C.

Molina F. (2012). El caso Phineas Gage, una revisión de la histórica de la neurobiología. *Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, 17(03) Abril, pp. 227-248.

Monroy D. (2011). Teoría prospectiva, efecto marco y los mensajes de disuasión de consumo de tabaco en Colombia. *Vniversitas*, 60(123), pp.15-43.

Monteiro, C., Cannon, G., Levy, R., Moubarac, J., Jaime, P., Martins, A., Canella, D., Louzada, M., & Parra, D. (2016). NOVA. The star shines bright. *World Nutrition*, 7(1-3), pp. 28-38. Recuperado de: <http://www.worldnutritionjournal.org/index.php/wn/article/view/5>.

Morán M., Naveiro J., Blanco E., Cabañeros I., Rodríguez M., & Peral A. (2009). Prevalencia y duración de la lactancia materna: Influencia sobre el peso y la morbilidad. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), pp. 213-217.

Moreno M. (2010). Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Revista chilena de cardiología*, 29(1), pp. 85-87.

Moreno-Altamirano L., García-García J.J, Soto-Estrada G., Capraro S. & Limón-Cruz D. (2014) Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3) pp. 86-95.

Muñoz-Cano J., Córdova-Hernández J. & Boldo-León X.; (2012). Ambiente obesogénico y biomarcadores anómalos en escolares de Tabasco, México. *Salud en Tabasco*, 18(3), pp. 87-95.

Murphy, N., Schraer C., Thiele M., Boyko E., Bulkow L., Doty B. & Lanier A. (1995). Dietary change and obesity associated with glucose intolerance in Alaska Natives. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(6), pp.676-682.

Murphy, N., Schraer C., Thiele M., Boyko E., Bulkow L., Doty B. & Lanier A. (1997). Hypertension in Alaska Natives: Association with overweight, glucose intolerance, diet and mechanized activity. *Ethnicity and Health*, 2(4), pp. 267-275.

National Highway Traffic Safety Administration (2015). *2015 Data: Bicyclists and Other Cyclists Crash Stats*. Recuperado: <https://crashstats.nhtsa.dot.gov/Api/Public/Publication/812382>.

Nix J., Campbell B., Byers E. & Alpert G. (2017). A Bird's Eye View of Civilians Killed by Police in 2015. Further Evidence of Implicit Bias. *Criminology & Public Policy*, 16(1), pp. 309-340.

NOM-051-SCFI/SSA1-2010. Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas pre envasados-Información comercial y sanitaria. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 18 de febrero de 2010. Última reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 14 de agosto de 2014. México.

Organización de las Naciones Unidas (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Recuperado de: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2012). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2012. El crecimiento económico es necesario pero no suficiente para acelerar la reducción del hambre y la malnutrición*. Recuperado de: <http://www.fao.org/docrep/017/i3027s/i3027s.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2015). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2015. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-i4646s.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización Panamericana de la Salud (2015). *Alimentos y bebidas ultra procesadas en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Recuperado de: iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7698/9789275318645_esp.pdf?ua=1.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2016). *Retos y perspectivas para la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (LARC/16/2)*, documento presentado en el 34º período de sesiones de la Conferencia Regional de la FAO para América Latina y el Caribe, Ciudad de México, 29 de febrero a 3 de marzo. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-mp449s.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización Panamericana de la Salud (2017). *Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe (2016). Sistemas alimentarios sostenibles para poner fin al hambre y la malnutrición*. Recuperado de: <http://www.fao.org/3/a-i6747s.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894)*. Recuperado de: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.

Organización Mundial de la Salud (2010a). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010*. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/.

Organización Mundial de la Salud (2010b). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Recuperado de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/marketing-food-to-children/es/>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. OMS, Serie de Informes Técnicos 916*. Recuperado de: <http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911s/ac911s00.htm>.

Organización Mundial de la Salud (2013). *El plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Recuperado de: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2014). *World health statistics 2014*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2015). *World health statistics 2015*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2016a). *World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf.

Organización Mundial de la Salud (2016b). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Recuperado de: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-report/es/>.

Organización Mundial de la Salud (2016c). *Enfoques poblacionales de la prevención de la obesidad infantil*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250751/1/9789243504780-spa.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2017a). *World Health Statistics 2017: Monitoring health for the SDGs*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255336/1/9789241565486-eng.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2017b). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Organización Mundial de la Salud, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2013). *Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Informe de una Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. OMS, Serie de Informes Técnicos 916*. Recuperado de: <http://www.fao.org/wairdocs/who/ac911s/ac911s00.htm>.

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18285&Itemid=270&lang=en.

Organización Panamericana de la Salud (2015). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia (2014-2019)*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=28899&lang=es.

Oxford Committee for Famine Relief (2005). *Echar la puerta abajo. Por qué las negociaciones en la OMC amenazan a los campesinos de los países pobres. (Informe 72)*. Recuperado de: <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/echar.pdf>.

People for Bikes (2015). *U.S. Bicycling Participation Report. How many Americans ride a bike? How often do they ride? Why do they ride?*. Recuperado de: <http://peopleforbikes.org/u-s-bicycling-participation-report/>.

Pérez M., Cabrera W., Varela G., & Garaulet M. (2010). Distribución regional de la grasa corporal: Uso de técnicas de imagen como herramienta de diagnóstico nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 25(2), pp. 207-223.

Petrera M. (2014). Cobertura universal en salud es mucho más que el aseguramiento universal. *Revista Ideele* (235). Recuperado de: <http://revistaideele.com/ideele/content/cobertura-universal-en-salud-es-mucho-m%C3%A1s-que-el-aseguramiento-universal>.

Pinto D., Ibarrarán P., Stampini M., Carman K., Guanais F., Luoto J., Sánchez M. & Cali J. (2014). *Empujoncitos sutiles: el uso de la economía del comportamiento en el diseño de proyectos de salud*. Recuperado de: <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6563/Empujoncitos-sutiles-el-uso-de-la-econom%C3%ADa-del-comportamiento-en-el-dise%C3%B1o-de-proyectos-de-salud.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.

Popkin, B. (1993). Nutritional patterns and transitions. *Population and Development Review*, 19(1), pp. 138-157.

Popkin, B. (1994). The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition Review*, 52(9), pp.285-298.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>

Proyecto de Ley 774/2001-CR (2012). *Ley de Prevención y Control de Riesgos del Consumo de Comidas o Alimentos con Altos Contenidos de Nutrientes y Exceso de Calorías*. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/665b98d45da198ce05257995007257c4/\\$FILE/PL00774300112.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/665b98d45da198ce05257995007257c4/$FILE/PL00774300112.pdf).

Proyecto de Ley 775/2011-CR (2012). *Ley que Prohíbe la Venta de Comida Chatarra en los Colegios Públicos y Privados*. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/ee6c510ba5b92b4d0525799500726e21/\\$FILE/PL00775300112.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/ee6c510ba5b92b4d0525799500726e21/$FILE/PL00775300112.pdf).

Proyecto de Ley 1038/2011-CR (2012). *Ley de Promoción de la Salud para la protección de los Consumidores Niños, Niñas y Adolescentes*. Recuperado de: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/4c7b0a67574bd175052579e900711141/\\$FILE/PL01038230412.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99ebf305256f2e006d1cf0/4c7b0a67574bd175052579e900711141/$FILE/PL01038230412.pdf).

Quijano O. & Munares O. (2016). Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), pp. 529-534.

Radio Cadena Nacional Radio (17 de febrero de 2017) *Hoy se acaba en Colombia el Plan Obligatorio de Salud (POS)*. Recuperado de: <http://www.rcnradio.com/nacional/hoy-se-acaba-colombia-plan-obligatorio-salud-pos/>

Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión, en Materia de Concesiones, Permisos y Contenidos de las Transmisiones de Radio y Televisión. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 10 de octubre de 2002. México.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad. Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 02 de mayo de 2000. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación del 14 de febrero de 2014. México.

Resolución N° 742/2009. Apruébense e incorpórense al Programa Médico Obligatorio prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes. Publicado en el *Boletín Oficial de la República Argentina* del 1 de junio de 2009. Argentina.

Resolución N° 11137. Norma Técnica del Rotulado de Productos Alimenticios para Consumo Humano relativa al Rotulado Nutricional - RTE INEN 1334-2 (2r) Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 481* del 30 de junio de 2011. Ecuador.

Resolución N° 14511-2014. Reglamento Técnico RTE INEN 022(2r) Rotulado de Productos Alimenticios Procesados, Envasados y Empaquetados. Publicado en el *Registro Oficial Suplemento N° 235* del 17 de diciembre de 2014. Ecuador.

Richarte G. (2014). La insaciabilidad normativa en el Principio de Adecuación Social aplicado a la Publicidad Comercial. *Foro Jurídico Revista de Derecho*, (13), pp. 79-87.

Rivas P. (2015). ¿Es la obesidad causa de discriminación tutelable en el ámbito laboral? *Iuslabor*, 1(1), pp. 1-29. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/IUSLabor/article/view/288502/379309>.

Rodríguez G. & Sosa A. (2014). *Con Licencia para Anunciar. Un tratado sobre la publicidad y su tratamiento legal en el Perú*. Lima, Perú: Asociación Civil THEMIS.

Roedder D. (1999). Consumer Socialization of Children: A Retrospective Look at Twenty-Five Years of Research. *Journal of Consumer Research*, 26(3), pp. 183-213.

Rojas C. & Palomino V. (2016a). La cura es más sesgada que la enfermedad. Apuntes sobre el impacto regulatorio de la condonación desde la perspectiva de la economía conductual. *Advocatus*, (31), pp. 169-180.

Rojas C. & Palomino V. (2016b). We Can Do It! A propósito de publicidad, estereotipos y roles de género. *Enfoque Derecho. El Portal de Actualidad Jurídica de THEMIS*. Recuperado de: <http://www.enfoquederecho.com/2016/08/11/we-can-do-it-a-proposito-de-publicidad-estereotipos-y-roles-de-genero/>.

Rojas C., Pastor Y. & Esteban J. (2015). Ilusión de invulnerabilidad, estereotipos y percepción de control del SIDA en universitarios. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), pp. 28-38.

Rojas G. & Flores K. (2007). El Caso de Perú. En Tello J. & Vargas M. (Coord.) *Jurisprudencia sobre la protección del derecho a la salud en cuatro países andinos y en el sistema interamericano* (pp. 173-213). Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES.

Rosado M., Silvera V. & Calderón J. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 24(4), pp. 164-169.

Rozendaal E., Buijzen M. & Valkenburg P. (2011). Children's understanding of advertisers' persuasive tactics. *International Journal of Advertising*, 30(2), pp. 329-350.

Russell, J., Lane T., King W. & Whitehill K. (2005). *Kleppner: Publicidad (16º Ed.)*. México DF, México: Pearson Educación S.A.

Riise R. (1996). The cause of death in Laurence-Moon-Bardet-Biedl síndrome. *Acta Ophthalmologica Scandinavica*, 74 (Suppl. 219), pp. 45-47.

Saavedra, J. & Dattilo, A. (2012). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), pp. 379-385.

Sabaj O. (2006). Los mensajes de advertencia en las cajetillas de cigarrillo (MAC C): una mirada lingüística discursiva comparativa. *DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, 22(1), pp. 81-125.

Salanova M., Martínez I. & Lorento L. (2011). La relación entre el exceso de confianza y los accidentes laborales en trabajadores de la construcción. Un estudio cualitativo. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, (86), pp. 8-13.

Salinas F., Cocca A., Mohamed K. & Viciano J. (2010). Actividad Física y sedentarismo: Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, (17), pp. 126-129.

Sánchez E. (2016). Aplicaciones de la Economía del Comportamiento al diseño de Políticas Públicas. *Advocatus*, (31), pp. 181-193.

Sánchez F., Rubio J., Páez D. & Blanco A. (1998). Optimismo Ilusorio y Percepción del Riesgo. *Boletín de Psicología*, (58), pp. 7-17.

Sanz A., Boj D., Melchor I., & Albero R. (2013). Azúcar y diabetes: recomendaciones internacionales. *Nutrición Hospitalaria*, 28(Supl. 4), pp.72-80.

Secretaría de Salud de México (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf.

Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo de Ecuador (2013). *Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017*. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/Plan_Nacional_Buen_Vivir_2013-2017.pdf.

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia. (3 de junio de 1992). *Expediente N° T-503 [Sentencia N° T-402/92]*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/T-402-92.htm>.

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia. (26 de marzo de 2003). *Expediente N° T-681519 [Sentencia N° T-760/08]*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/T-264-03.htm>.

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia. (11 de noviembre de 2015). *Expediente N° T-1315769. [Sentencia N° T-760/08]*. Recuperado de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>.

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. (1 de junio de 2000). *Asociación Benghalensis y otros c/ Ministerio de Salud y Acción Social – Estado Nacional s/ amparo ley 16.986*. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-asociacion-benghalensis-otros-ministerio-salud-accion-social-estado-nacional-amparo-ley-16986-fa00000121-2000-06-01/123456789-121-0000-0ots-eupmocsollaf>.

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. (24 de octubre de 2000). *Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/Ministerio de Salud y Acción Social -Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas- s. Recurso de Hecho*. Recuperado de: <http://www.defensapublica.org.ar/Seminario2006/>.

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. (13 de marzo de 2001). *Hospital Británico de Buenos Aires c/ Estado Nacional (Ministerio de Salud y Acción Social)*. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-hospital-britanico-buenos-aires-estado-nacional-ministerio-salud-accion-social-fa01000533-2001-03-13/123456789-335-0001-0ots-eupmocsollaf>.

Sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina. (9 de abril de 2002). *Peña de Marqués de Iraola, Jacoba María c/ Asociación Civil Hospital Alemán s/ recurso de hecho*. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/corte-suprema-justicia-nacion-federal-ciudad-autonoma-buenos-aires-pena-marques-iraola-jacoba-maria-asociacion-civil-hospital-aleman-recurso-hecho-fa02000005-2002-04-09/123456789-500-0002-0ots-eupmocsollaf>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (19 de noviembre de 2002). *Expediente N°1429-2002-HC/TC [Caso Juan Islas Trinidad y otros]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2003/01429-2002-HC.html>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (20 de abril de 2004). *Expediente N° 2945-2003-AA/TC [Caso Azanca Alhelí Meza García]*. Recuperado de: https://www.escrib-net.org/sites/default/files/Decision_Azanca_A_Meza_Garcia.html.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (5 de octubre de 2004). *Expediente N° 2016-2004-AA/TC [Caso José Luis Correa Condori]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02016-2004-AA.pdf>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (12 de mayo de 2006). *Expediente N° 2002-2006-PC/TC. [Caso Pablo Fabián Martínez y otros]*. Recuperado de: <http://tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/02002-2006-AC.pdf>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (29 de agosto de 2006). *Expediente N° 7231-2005-PA/TC. [Caso Javier García Cárdenas]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/07231-2005-AA.html>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (9 de noviembre de 2007). *Expediente N° 3081-2007-PA/TC [Caso R.J.S.A. Vda. de R.]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/03081-2007-AA.html>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (11 de julio de 2008). *Expediente N° 02480-2008-PA/TC. [Caso Ramón Medina Villafuerte]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02480-2008-AA.html>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (19 de julio de 2011). *Expediente N° 00032-2010-PI/TC [Caso 5 000 ciudadanos contra el artículo 3° de la Ley N° 28705]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2011/00032-2010-AI.html>.

Sentencia del Tribunal Constitucional del Perú. (10 de abril de 2012). *Expediente N° 0033-2010-PI/TC [Caso del Aseguramiento Universal en Salud]*. Recuperado de: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2012/00033-2010-AI.html>.

Sharot T. (2011). The optimism bias. *Current Biology*, 21(23), pp. R941-R945.

Simons D. & Chabris C. (2011). Gorillas in Our Midst: Sustained Inattentional Blindness for Dynamic Events. *Perception*, 28(9), pp. 1059-1074.

Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (2000). Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Medicina Clínica*, 115(15), pp. 587-597.

Stanovich K. & West R. (2000). Individual differences in reasoning: implications for the rationality debate?. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(5), pp. 645-665.

Súmar, O. & Avellaneda J. (2010). *Paradojas en la regulación de la publicidad en el Perú*. Lima, Perú: Universidad del Pacífico.

Sunstein C. (2006). *Leyes de miedo. Más allá del principio de precaución*. Buenos Aires, Argentina: Katz Editores.

Sunstein C. (2013). Deciding by Default. *University of Pennsylvania Law Review*, 162(1), pp. 1-57.

Sunstein C. (2014). Nudges.gov: Behaviorally Informed Regulation. En Zaimir E. & Teichman D. (Eds.) *The Oxford handbook of behavioral economics and the law* (pp. 719-748). New York, Estados Unidos: Oxford University Press.

Sunstein, C. (2005). Moral Heuristics. *Behavioral and brain sciences*, 28(4), pp. 531-542.

Swinburn B. & Egger G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity Reviews*, 3(4), pp.289–301.

Swinburn B., Sacks G., Hall K., McPherson K., Finegood D., Moodie M. & Gortmaker S. (2011). The Global Obesity Pandemic: Shaped by Global Drivers and Local Environments. *The Lancet*, 378(9793), pp. 804-814.

Tal A., Musicus A. & Wanskink B. (2015). Eyes in the Aisles: Why is Cap'n Crunch Looking Down at my Child?. *Environment and Behavior*, 47(7), pp. 715-733.

Tejero, M. (2008). Genética de la obesidad. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), pp. 441-450.

The Washington Post (2015). *Police shootings 2015 database*. *The Washington Post*. Recuperado de: <https://www.washingtonpost.com/graphics/national/police-shootings/>.

Thrasher J., Pérez R., Arillo E., & Barrientos I. (2012). Impacto de las advertencias con pictogramas en las cajetillas de cigarrillos en México: resultados de una encuesta en fumadores de Guadalajara. *Salud Pública de México*, 54(3), pp. 254-263.

Tversky A. & Kahneman D. (1983). Extension versus intuitive reasoning: The conjunction fallacy in probability judgment. *Psychological Review*, 90(4), pp. 293-315.

Universidad de Chile (2014). *Encuesta Nacional de Consumo Alimentario. Informe final*. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/ENCA-INFORME_FINAL.pdf.

Valenzuela A., Valenzuela R., Sanhueza J. & Morales G. (2014). Alimentos funcionales, nutraceuticos y foshu: ¿vamos hacia un nuevo concepto de alimentación? *Revista chilena de nutrición*, 41(2), pp. 198-204.

Varo J., Martínez J. & Martínez M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica*, 121(17), pp. 665-672

Vilasuso R. (2013). *La publicidad audiovisual: Una forma de arte posmoderno*. México DF, México: Editorial LAMM.

Viveros E. (2010). Roles, patriarcado y dinámica interna familiar: reflexiones útiles para Latinoamérica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (31), pp. 388-406. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194214587017.pdf>.

Von Neumann, J. & Morgenstern O. (2004). *Theory of games and economic behavior*. Princeton, Estados Unidos: Princeton University Press.

Wilson L., Velásquez A. & Ponce C. (2009). La ley marco de aseguramiento universal en salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(2), pp. 207-217.

ANEXO**ENCUESTA SOBRE HÁBITOS RELACIONADOS
A LA COMPRA DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS**

Sr. Padre de Familia, a continuación se hará unas preguntas de información general sobre los hábitos al momento de adquirir sus productos alimenticios. Solicitamos responderlas con claridad ya que de esto dependen los resultados del estudio.

Datos generales.

Sexo: M () F () Edad:

Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Técnica () Superior ()

Teniendo en cuenta los enunciados, marque con una X según corresponda:

1. ¿Cuál es el medio de comunicación del que frecuentemente recibe más publicidad de alimentos?

- a) Internet
- b) La Televisión
- c) La Radio
- d) Periódicos y revistas
- e) Afiches de la calle y las tiendas
- f) Personas conocidas

2. ¿Qué publicidad recuerda haber visto u oído sobre productos alimenticios?

3. Luego de haber visto esta publicidad ¿Ha comprado el producto alimenticio?

- a) Si
- b) No

4. ¿Quién lo acompaña al momento de comprar un producto alimenticio?

- a) Se encontraba solo
- b) Niños menores de 12 años
- c) Adolescentes de 13 a 17 años
- d) Conyugue
- e) Otro familiar

5. ¿Quién tiene la decisión final al momento de comprar un producto?
 - a) Usted
 - b) Su acompañante
6. Al momento de realizar la compra de un producto ¿Qué fue lo más importante para que se animara a comprarlo?
 - a) La marca
 - b) El precio
 - c) Había una promoción
 - d) La experiencia previa
 - e) Deseaba probar el producto
 - f) El empaque del producto
7. ¿Qué es lo que le llama la atención de un producto alimenticio?
 - a) El color del empaque
 - b) El tamaño del empaque
 - c) La forma del empaque
 - d) La imagen presente en el empaque
 - e) El mensaje presente en el empaque
8. ¿Llegó a observar la tabla nutricional del producto alimenticio?
 - a) Si
 - b) No
9. Si el producto tuviera una advertencia nutricional sobre alto en calorías, azúcares, sodio y grasa ¿Lo compraría?
 - a) Si
 - b) No
10. Según usted ¿Cuáles serían las tres formas más fáciles para que pueda leer el contenido nutricional en el empaque de un producto? **Elija solo las 3 formas más fáciles y enumérelas según el grado de intensidad, siendo 1 la de mayor intensidad, 2 de similar intensidad y 3 la de menor intensidad.**
 - a) Semáforo nutricional ubicado en la parte delantera del empaque, que me explique con colores la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene un producto ()
 - b) Semáforo nutricional ubicado en la parte trasera del empaque, que me explique con colores la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene un producto. ()

- c) Etiquetado numérico ubicado en la parte delantera del empaque, que me muestre en gramos la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene un producto. ()
 - d) Etiquetado numérico ubicado en la parte trasera del empaque, que me muestre en gramos la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene el producto. ()
 - e) Advertencia ubicado en la parte delantera del empaque, que me informe cuando un producto es alto en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
 - f) Advertencia ubicado en la parte trasera del empaque, que me informe cuando un producto es alto en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
 - g) Advertencia ubicado en la parte delantera del empaque, que me informe cuando un producto es bajo en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
 - h) Advertencia ubicado en la parte trasera del empaque, que me informe cuando un producto es bajo en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
11. Según usted ¿Cuáles serían las tres formas más difíciles para que pueda leer el contenido nutricional en el empaque de un producto? **Elija solo las 3 formas más difíciles y enumérelas según el grado de intensidad, siendo 1 la de mayor intensidad, 2 de similar intensidad y 3 la de menor intensidad.**
- a) Semáforo nutricional ubicado en la parte delantera del empaque, que me explique con colores la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene un producto ()
 - b) Semáforo nutricional ubicado en la parte trasera del empaque, que me explique con colores la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene un producto. ()
 - c) Etiquetado numérico ubicado en la parte delantera del empaque, que me muestre en gramos la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene un producto. ()
 - d) Etiquetado numérico ubicado en la parte trasera del empaque, que me muestre en gramos la cantidad de calorías, azúcares, sodio y grasa que tiene el producto. ()
 - e) Advertencia ubicada en la parte delantera del empaque, que me informe cuando un producto es alto en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
 - f) Advertencia ubicada en la parte trasera del empaque, que me informe cuando un producto es alto en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
 - g) Advertencia ubicada en la parte delantera del empaque, que me informe cuando un producto es bajo en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()
 - h) Advertencia ubicada en la parte trasera del empaque, que me informe cuando un producto es bajo en calorías, azúcares, sodio y grasa. ()