

# Obesidad, sobrepeso y fallas de mercado

Karina L. Temporelli  
UNS-CONICET  
Buenos Aires, Argentina  
ktempo@criba.edu.ar

Micaela Mussini  
UNS-CIC  
Buenos Aires, Argentina  
micalamussini@hotmail.com

## Resumen

La obesidad es un problema médico complejo, el cual ha sido declarado como epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. El aumento de su prevalencia implica fuertes incrementos en los costos propios de los sistemas de salud, tanto en forma directa como indirecta, conjuntamente con un deterioro de la calidad de vida. Esto ha hecho que se vuelva un tema de relevancia prioritaria dentro de la agenda pública de los gobiernos.

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de las fallas de mercado presentes en el sector, entre las cuales se destacan los problemas de información, las externalidades, la racionalidad imperfecta y la consideración de la salud como bien preferente. De esta forma, el reconocimiento de dichas fallas es el argumento que permite justificar y validar la necesidad de intervención estatal para el tratamiento y control de la obesidad.

## Abstract

According to World Health Organization obesity has become a global epidemic. Its increasing prevalence is leading to a greater incidence of associated diseases, with a significant impact on health systems costs and a decline in life quality. The obesity has become in a priority problem of public health.

In this paper we analyze the market failures that the sector presents, of which we highlight informational problems, externalities, imperfect rationality and the consideration of health as a merit good. The recognition of these failures is the argument in which we stand to justify and validate the need for state intervention.

Palabras clave: Análisis económico, intervención estatal.

Clasificación JEL: I12, I18.

## 1. Introducción

La obesidad es un problema médico complejo declarado epidemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. El aumento de su prevalencia a nivel mundial ha provocado que la misma se vuelva un tema de relevancia prioritaria dentro de la agenda pública de los gobiernos. Cabe destacar que la obesidad es considerada uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (Mokdad et al., 2004; Flegal et al., 2005, Sturm 2002). Así, su mayor prevalencia involucra para los sistemas de atención de la salud fuertes incrementos en los gastos, tanto en forma directa como indirecta.

Se atribuye el aumento de la prevalencia e incidencia de esta patología al mayor consumo calórico en la ingesta diaria y al menor gasto energético que realizan los individuos, lo que ocasiona desbalances positivos crecientes en la ecuación energética individual (Marques-Lopes, Marti, Martínez, Moreno, 2002).

Este fenómeno multidisciplinario es especialmente interesante para el análisis económico. En primer lugar, por el origen económico de los cambios en los patrones de consumo alimentario y gasto energético, y por otro, por el impacto que sus consecuencias generan sobre los consumos sanitarios presentes y futuros.

En función de ello, el objetivo del presente trabajo es realizar un análisis de las fallas de mercado que pueden identificarse en el sector, partiendo de

la hipótesis de que es su presencia la que permite justificar la necesidad de intervención estatal.

## 2. El problema de la obesidad y sus consecuencias

Recientemente, la OMS ha declarado a la obesidad y al sobrepeso como el quinto factor de riesgo de defunción en el mundo. Cada año mueren a nivel global 2,8 millones de adultos a consecuencia de dichas enfermedades. Al mismo tiempo, según este organismo, el 44 % de la carga de diabetes, el 23 % de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7 % y el 41 % de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Distintos autores se han abocado al estudio del sobrepeso y la obesidad como causa de muerte.

Uno de los trabajos pioneros en este campo es el de Allison et al (1999), quien busca estimar el número de muertes en adultos ocasionadas por la obesidad para Estados Unidos, en un contexto en que la obesidad se contaba como uno de los principales problemas de salud pública en dicho país. Para ello, utilizan como instrumento un índice de riesgo de muerte relativo, tomando como categoría de referencia aquella que abarca a individuos de peso normal. Los autores concluyen que la obesidad debe ser considerada no solo como una de las principales causas de muerte, sino que también es sobresaliente el incremento que ocasiona en la morbilidad y disminución de la calidad de vida de los individuos.

Más específicamente, los autores arriban al resultado de que el sobrepeso y la obesidad ocasionaban conjuntamente en el año 1991 aproximadamente 280.000 muertes, y dentro de ellas, un 80 % se presentan en el estrato correspondiente a individuos con un IMC<sup>1</sup> superior a 30.

En el mismo sentido, Mokdad et al (2004) realizan una revisión bibliográfica con el objeto final de hallar estimaciones confiables acerca de las principales causas de muerte para el caso de Estados Unidos, utilizando

---

<sup>1</sup>IMC: índice de masa corporal que se obtiene dividiendo el peso de los individuos por la altura al cuadrado. Si ese indicador es mayor a 25 se considera que el individuo tiene sobrepeso y si es mayor a 30 algún tipo de obesidad.

datos correspondientes al período 1999 – 2000. Estimaron que factores como las dietas pobres y la inactividad física constituían la segunda causa de muerte para el mencionado país, ocasionando el 15.2 % de las mismas. Esto implicaba en ese momento 365.000 muertes al año. Este factor causal solo era precedido por el tabaquismo, que originaba 435.000 muertes en el mismo lapso de tiempo.

Por otro lado, en el “World Health Report 2002”, presentado por la Organización Mundial de la Salud, se estimó la carga de enfermedad respecto de 26 factores de riesgo, seleccionados por su relevancia, para distintos grupos de países. Para su medición, se utilizó como indicador los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), que combina simultáneamente el tiempo vivido con discapacidad (AVD) y el tiempo perdido por muerte prematura (AVP). Así, se encontró que para los países de mortalidad media de América (dentro de los que se incluyen gran parte de los países en desarrollo de América Latina), el índice de masa corporal elevado ocupa el segundo puesto en cuanto a factores de riesgo asociados a la mortalidad, siendo este solo superado por la presión arterial elevada, y siendo secundado por el consumo de alcohol y de tabaco (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2006).

En el caso de México, específicamente, la Secretaría de Salud declara que entre el 8 % y el 10 % de las muertes prematuras son ocasionadas por la obesidad. Además, dicha patología constituye el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes, la principal causa de muerte en México.

En otra línea, Roland Sturm (2002) compara los efectos del sobrepeso y la obesidad con los ocasionados por el alcoholismo y el tabaquismo, sobre el estado de salud y el uso de atención médica, teniendo en cuenta que, tanto la obesidad, como el tabaquismo y el alcoholismo, son causantes de enfermedades crónicas, tales como diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc. Estas enfermedades crónicas se relacionan, a su vez, con un incremento en los gastos en salud, así como con una disminución de las capacidades individuales y con la muerte. Los resultados obtenidos indican que los efectos de la obesidad sobre el número de enfermedades crónicas asociadas son significativamente mayores que los ocasionados por la adicción al tabaco o al alcohol actual o pasada, y similares a los de un envejecimien-

to de 20 años. Igualmente, los efectos del sobrepeso son significativamente similares a los ocasionados por el alcoholismo o el tabaquismo. En cuanto a los efectos sobre el gasto médico causado por cada una de estas tres enfermedades, los autores alcanzan el siguiente resultado: la obesidad ocasiona un incremento del 36 % sobre los gastos de pacientes hospitalizados y ambulatorios (el aumento es equivalente a un promedio de U\$S 395 por año), mientras que dicho aumento es del 21 % para el caso de los fumadores, siendo que el alcoholismo genera valores inferiores en cuanto al mayor gasto en salud. Los incrementos en cuanto al gasto en medicamentos son del 77 % para el caso de la obesidad y del 28 % para el tabaquismo, siendo menores para el alcoholismo.

De esta forma, la obesidad parecería tener efectos mayormente perniciosos sobre la reducción del status de salud y la calidad de vida de los individuos, dada su asociación significativa con enfermedades crónicas y el aumento generado sobre los gastos en salud, en comparación con el tabaquismo y el alcoholismo.

Al considerar estos datos alarmantes, es recomendable recordar que tanto la obesidad como el tabaquismo y alcoholismo, son enfermedades prevenibles, solo que son estas dos últimas las que mayor atención han recibido en las últimas décadas por parte de las políticas públicas de salud, dejando al problema de la obesidad relegado a un segundo plano. Más aún, debe tenerse en cuenta que incluso una pequeña reducción en el peso corporal puede llevar a una mejora en el estado de salud y en la calidad de vida de tipo permanentes.

Bacallao y Peña (2005), señalan que desde el punto de vista antropométrico, la distribución de la grasa, la cantidad total o proporción de grasa y el peso corporal, en ese orden, poseen gran capacidad explicativa respecto a las ECNT<sup>2</sup>. Estos autores, utilizando datos de la segunda encuesta de salud de los Estados Unidos, arribaron al resultado de que las personas obesas entre 20 y 75 años de edad tienen 2,9 veces mayor riesgo de enfermar por diabetes mellitus no insulino dependiente que las personas de peso normal. El riesgo disminuye a 2,1 veces cuando el rango de edad considerado es de

---

<sup>2</sup>ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles.

20 a 25 años y se incrementa a 3,8 veces cuando la edad de los individuos obesos se encuentra en el rango de 45 a 75 años.

Must (1996) indica también, que los riesgos de sufrir trastornos en el estado de salud a lo largo de la vida del individuo, se duplica en aquellos que padecieron trastornos de obesidad en la niñez. Los riesgos son aún mayores si el exceso de peso se sostuvo durante la adolescencia.

En base a la información presentada, podemos ver que la obesidad no solo es relevante por constituir una enfermedad crónica y un factor de muerte en sí misma, sino que además existe una fuerte correlación entre el exceso de peso y otras enfermedades de tipo crónicas, que afectan en gran medida la calidad de vida de quienes la padecen, así como los niveles de consumo de recursos en los sistemas de salud de los países afectados. Es por ello que se deben tomar medidas rápidas para prevenirla y palearla, más aún si tenemos en cuenta el rápido incremento de la misma en gran parte del mundo, en las últimas décadas.

### **3. Análisis económico de la obesidad**

Dado el crecimiento de la prevalencia de la obesidad y de las patologías asociadas a esta, en las últimas décadas puede notarse un interés desde la ciencia económica en el análisis de las causas y consecuencias del incremento en la prevalencia de esta patología.

Entre los causantes históricos que se señalan como determinantes de su incremento se encuentran:

1. Disminución de los precios de los alimentos con mayor aporte calórico y aumento del de frutas y verduras.
2. Incremento del costo de oportunidad del tiempo de las mujeres por inserción en el mercado laboral.
3. Incremento de las actividades sedentarias como TV, Computación o Videojuegos.
4. Aumento de las comidas fuera del hogar.

5. Incremento del número de restaurantes de comidas rápidas.
6. Gran número de publicidades tendientes a incrementar el consumo de alimentos ricos en azúcar y grasa, especialmente en el segmento infantil.

Haciendo una breve revisión de la literatura económica acerca de las causas de la obesidad destacamos como relevantes tres grupos de trabajos. Una de las corrientes considera que existe un problema de adicción a la comida lo que hacen válidos los mismos argumentos que justifican la lucha contra el tabaco (Becker and Murphy, 1988). Otros analizan la posibilidad de que los precios relativos de los alimentos saludables y los no saludables contribuyen a la propagación de la enfermedad (Schroeter, Lusk, Tyner 2008). Otra atribuye al cambio tecnológico gran parte de la culpa en el aumento del peso corporal al aumentar el sedentarismo y disminuir el costo de los alimentos ricos en grasas y azúcares. (Philipson, Posner, 2003). A continuación se describirá brevemente cada grupo de trabajos.

### **3.1. La obesidad producto de una adicción**

Algunos autores explican el incremento de la obesidad como una consecuencia de comportamientos adictivos a los alimentos en general o a determinados componentes de ellos en particular. La adicción a un bien se da cuando existe un fuerte efecto positivo de consumos anteriores de un bien sobre el consumo actual. Esto determinaría que la cantidad y tipo de alimentos que se consume hoy influyen en nuestro consumo futuro, con lo que se puede ingresar en un espiral de aumento en el consumo de alimentos con incrementos constantes de peso, que se traducen en sobrepeso y obesidad. En estos modelos se trabaja con herramientas similares a las utilizadas para explicar el tabaquismo o la adicción a las drogas. La diferencia estriba en que el consumo adictivo en el caso de la alimentación se relaciona con un objeto que es necesario para la vida a diferencia de los casos antes citados.

Becker and Murphy (1988) desarrollan la “*teoría de la adicción racional*”, en la que asumen que los individuos eligen su senda de consumo a través de una maximización intertemporal de su utilidad con preferencias estables, y

muestra que las adicciones son congruentes con comportamientos racionales del consumidor. Es decir que los consumos presentes y futuros forman parte de un plan de maximización consistente.

Una persona es adicta si el consumo presente incrementa tanto el consumo futuro como la utilidad marginal de los consumos futuros. La persona adicta llega entonces a un estado estacionario inestable de incremento del consumo en el tiempo. La adicción a la comida en el sentido de Becker and Murphy, sostiene que los individuos eligen racionalmente según sus costos y beneficios, y no comen de más debido a una obsesión patológica. Esto implica que de alguna manera las políticas de precios pueden ser efectivas.

Cawly (1999) utilizando el modelo de adicción racional a la ingesta calórica encontró que el consumo de calorías es adictivo.

Richards et al. (2004) concluyó que las calorías que provienen de distintas fuentes pueden diferir en cuanto a la tendencia de provocar adicción. Trabajando sobre grasas, proteínas, carbohidratos y sodio, halló una mayor incidencia sobre las adicciones en los carbohidratos.

### **3.2. La obesidad producto del cambio tecnológico**

En estos trabajos se destaca como causa del incremento de la obesidad al cambio tecnológico, a través de la reducción del costo de la ingesta de calorías y del aumento del costo de oportunidad para gastar esas calorías.

Los trabajos presentados por Phillipson y Posner (2003) y Lakdwala y Phillipson (2002) son los primeros en realizar una explicación sistemática del crecimiento de la obesidad analizando como el cambio tecnológico afectó el precio tanto del consumo calórico como del gasto energético.

Phillipson y Posner (2003) analizan el incremento de la obesidad suponiendo que el cambio tecnológico produce calorías más baratas por un lado, y disminución del consumo de energía en la actividad laboral, siendo necesario un pago para realizar actividad física en el tiempo libre. Es decir que la obesidad se produce por un incremento de la naturaleza sedentaria del trabajo. Dado que los autores suponen que el ingreso se relaciona negativamente con el peso en los países tecnológicamente más avanzados y positivamente en los menos avanzados, la obesidad se autolimita en cuanto



los trabajadores son suficientemente ricos.

Lakdwala y Phillipson (2002) explican el crecimiento del incremento del peso por medio del cambio tecnológico que, a través de las innovaciones en la agricultura, disminuyen el precio de los alimentos. Si bien con menos énfasis que en el modelo anterior, también ponen atención en el mayor sedentarismo en las actividades del hogar y laborales.

Por otro lado, gran parte de la población del mundo vive en ciudades, y el desplazamiento a pie dentro de ellas es en general limitado, incrementándose el uso del transporte público y automóviles.

El desarrollo de formas de ocio más sedentarias, a través del uso de la televisión, los juegos electrónicos, la pc, entre los más destacados, contribuyen también al menor consumo calórico.

También puede marcarse como un factor determinante en el aumento del sedentarismo la proliferación de electrodomésticos en el hogar que facilitan las tareas que antes requerían un esfuerzo físico más importantes.

En cuanto a la ingesta, la proliferación de restaurantes, en especial de comida rápida, el consumo masivo de comidas elaboradas fuera del hogar, el microondas que permite calentar con facilidad estas comidas, se cuentan entre algunas de las causas de la mayor cantidad de calorías consumidas. En general, los cambios tecnológicos han hecho más barata la comida y más caro el ejercicio.

El desarrollo de las grandes cadenas de supermercados, con una muy sofisticada mercadotecnia contribuye también al consumo de alimentos ricos en grasas y azúcares al colocarlos en sus “línea de caja”, incrementando así su consumo. Generalmente estos productos son snacks y golosinas con alto contenido calórico y bajo aporte nutricional (Luque, 2007).

En términos generales, el cambio tecnológico, si bien contribuyó a mejorar la calidad de vida de los individuos, tiene efectos secundarios entre los que se encuentra el aumento del sedentarismo, por un lado, y el aumento de la productividad en la producción de alimentos por el otro. Ambos factores contribuyen al incremento del índice de masa corporal de los individuos, lo que se traduce en mayores tasas de obesidad.

### 3.3. Precios relativos y la obesidad

Algunos autores justifican el incremento sostenido del nivel de peso por el relativamente menor precio de los alimentos ricos en grasas y carbohidratos con respecto a los alimentos más sanos.

Tanto dentro del hogar como fuera, los alimentos obesogénicos son relativamente más baratos que los saludables (Schroeter, Lusk, Tyner 2008). En este trabajo, los autores analizan la relación entre el precio de los alimentos, el precio del ejercicio y los ingresos.

Varios autores se ocupan de analizar los efectos de los “fat tax”, es decir, la implementación de impuestos a los alimentos y bebidas con gran aporte calórico para incrementar su precio. En general estos trabajos apuntan a gravar las bebidas azucaradas, la “comida chatarra” o a los alimentos ricos en grasas y azúcares en general.

Los opositores a estas medidas, sostienen que es regresivo, ya que la carga impositiva recae principalmente en las franjas de menores ingresos, que son los que gastan una mayor proporción de los mismos en alimentos. En este sentido, consideran más oportunos los subsidios a los alimentos saludables, como las frutas y verduras para fomentar su consumo (Cash, 2004).

Una serie de estudios han determinado, también, que el nivel de ingreso es importante en la obesidad (Deaton, 2003; Drenovski, 2003). Así, concluyen que los hogares de bajos ingresos consumen una dieta de más baja calidad y con gran aporte calórico. Esta situación incrementó la cantidad de sobrepeso y obesidad en este segmento.

En síntesis, si los individuos maximizan su utilidad teniendo en cuenta los precios de los alimentos y su ingreso, en un contexto donde los alimentos ricos en calorías son más baratos que los más saludables, esta maximización individual en gran parte de los casos los llevará a consumir mayor cantidad de alimentos obesogénicos en desmedro de los saludables. Situación que se refuerza por un alto costo de oportunidad del tiempo destinado a la elaboración de alimentos, con el incremento de comidas fuera del hogar y el sedentarismo.

## 4. Algunas consideraciones sobre fallas de mercado

Tradicionalmente, la teoría microeconómica ha dado predominio al sistema de mercado en detrimento de otros mecanismos alternativos de asignación.

El comienzo de la defensa del sistema puro de mercado comienza en 1776, de la mano de Adam Smith, cuando el mismo enunció que los participantes en un mercado, buscando su propio interés particular, se comportaban como si una “mano invisible” les llevase a la mejor alternativa desde la perspectiva social.

El mercado competitivo, es el núcleo de la microeconomía clásica. Esto queda plasmado en el doble teorema del bienestar, el cual establece, simultáneamente, que las asignaciones correspondientes a los equilibrios competitivos constituyen asignaciones óptimas en el sentido de Pareto, y que ciertos óptimos paretianos pueden ser alcanzados mediante una reasignación adecuada de la riqueza.

En este sentido, si los mercados se comportasen, en forma efectiva, como competitivos, no habría razón para preocuparse por mecanismos alternativos de asignación, o, más simplificada, por la necesidad de introducir intervención estatal. Tal es así, que en el mercado de competencia, la intervención estatal se reduce a la necesidad de velar por la libre competencia, asegurar los derechos de propiedad, garantizar la seguridad jurídica de las inversiones y otras funciones similares. Luego, se deben dejar los mercados librados al libre juego de la oferta y la demanda.

Sin embargo, en la realidad, los mercados “fallan”, ya que, para que se conduzca a una asignación eficiente desde el punto de vista individual y social, es necesario que se cumplan una serie de condiciones sumamente restrictivas que, usualmente, se encuentran ausentes. Bajo estas circunstancias, se llega a equilibrios subóptimos, es decir, situaciones en donde la cantidad producida o consumida de alguno o todos los bienes no coincide con el óptimo social. En estos casos, el interés particular no se condice tampoco con el interés general.

Esas condiciones pueden resumirse como sigue:

1. El intercambio de bienes no presenta costos (costos de transacción nulos) y existe información perfecta y completa (costos de información nulos): La existencia de costos positivos hace que los intercambios no prosigan hasta que se hayan agotado todas las ventajas potenciales.
2. Los derechos de propiedad deben estar definidos sobre la totalidad de los recursos: Implica que todos los bienes o recursos de la economía deben ser propiedad de alguien (universalidad), o alternativamente, que todos los bienes deben ser privados. Dentro de aquellos bienes cuyos derechos de propiedad no se encuentran adecuadamente definidos se encuentra el caso de los bienes públicos.
3. Ausencia de efectos externos o indirectos en el consumo y en la producción: La presencia de efectos indirectos o externalidades, radica, en último término, en que los derechos de propiedad no se encuentran bien definidos. No existen precios para todos los bienes, y, por ende, no siempre se pueden llevar a cabo intercambios voluntarios. Es decir, las externalidades conforman un problema por la ausencia de un sistema de precios que permita el resarcimiento de las mismas.
4. Tanto individuos como productores tienen objetivos de optimización: Se supone la racionalidad de los agentes.

Existen otros supuestos necesarios para alcanzar equilibrios óptimos de Pareto, pero que no son de nuestro interés, al no tener gran envergadura en nuestro contexto de análisis. Ellos son:

1. Tanto, consumidores como productores, actúan paraméricamente con respecto a los precios, es decir, toman los precios como dados.
2. Los mercados son completos.
3. Las preferencias son no saturadas, convexas y continuas.

4. Las distintas funciones de utilidad y de producción son independientes.
5. Ausencia de rendimientos crecientes.

Estas condiciones, necesarias para que el mercado reproduzca los resultados sugeridos por el doble teorema de bienestar, no se verifican en la cotidianidad. Basta con que una de estas condiciones no se sostenga para que el mercado por sí solo no permita alcanzar situaciones óptimas en el sentido de Pareto.

Dos de los supuestos principalmente criticados, han sido el de racionalidad perfecta y el de información completa. Así, muchos economistas sostienen que, en realidad, los individuos no son totalmente racionales cuando toman sus decisiones. De hecho, han sido construidos numerosos modelos de racionalidad limitada, entre los cuales se destaca el de Herbert Simon (1957). Este autor, en “Models of man” (1957) (modelos del hombre) señala que la mayor parte de los individuos son solo parcialmente racionales, y que, muchas veces, los mismos actúan movidos por impulsos racionales.

En cuanto al supuesto de información perfecta, se argumenta que usualmente existen asimetrías de información, y que debe tenerse en cuenta que el hecho de que exista la posibilidad de utilizar información privilegiada, otorga grandes ventajas durante el proceso de decisión. Esto se conoce como asimetrías de información, siendo los máximos exponentes de esta teoría Joseph Stiglitz (1981), George Akerlof (1970) y Michael Spence (1981) (Destinobles, 2002).

En los casos en que al menos una de las condiciones señaladas no se cumple, se dice que existe una falla de mercado, las cuales se definen en función de aquella condición que se encuentre bajo incumplimiento. Entre las fallas más estudiadas por la teoría microeconómica, además de la información asimétrica y la racionalidad imperfecta, se encuentran, los bienes públicos, las externalidades (mayormente las negativas), los monopolios naturales, y los bienes meritorios o preferentes.

Las fallas de mercado, suelen presentarse en amplios contextos de la vida humana; entre ellos, en el sector de salud. Este último se encuentra socavado

por diversas imperfecciones. Es por ello que, en el próximo apartado, se evaluará el alcance de las mismas, en especial en lo que hace al consumo de alimentos y a la realización de actividad física, así como a la demanda de atención médica y de servicios de salud.

#### **4.1. Fallas de mercado: Una aplicación al problema de la obesidad**

En condiciones de competencia perfecta, cada individuo, realizaría su elección respecto a la cantidad y calidad de alimentos a ingerir, teniendo en cuenta los precios relativos de los alimentos, su propio ingreso y la utilidad que le aporte cada alimento. Además, en el contexto de competencia presentado, todo individuo tomará sus decisiones disponiendo de información perfecta y completa a costo nulo, y, asimismo, dichas decisiones se encontrarán en línea con el supuesto de racionalidad. En forma similar, puede analizarse la elección individual respecto a la cantidad de actividad física y también respecto a la cantidad de atención sanitaria y servicios de salud a demandar.

Sin embargo, las condiciones que se deben cumplir para que la decisión a la que arribe cada individuo sea óptima desde el punto de vista individual y social, son muy restrictivas, arrojando su incumplimiento resultados no óptimos.

Estas situaciones son muy frecuentes en estos mercados. Cabe realizar, por ende, un análisis de las fallas de mercado identificables en el sector.

#### **4.2. Problemas de información e información asimétrica**

En relación a las problemáticas de sobrepeso y obesidad, los problemas de información se manifiestan de dos formas:

1. A través de la dificultad para conocer las características nutricionales de los alimentos ingeridos, tales como su valor calórico, el contenido de azúcares, grasas trans, aditivos, conservantes, etc. Si bien actualmente existen reglamentaciones que obligan al etiquetado nutricional de los alimentos, no solo algunos productos fallan en ello sino que, además,

no todos los individuos tienen el conocimiento o la capacidad necesaria para analizar y comprender correctamente lo que dicha información nutricional implica para el estado de salud individual.

2. A partir de los conflictos ligados al hecho de que no todos los participantes del mercado tienen acceso a la misma información. La asimetría informativa, de acuerdo con Stiglitz genera varios problemas, entre ellos, puede citarse la imposibilidad de contar con mercados completos, los problemas de selección adversa y los de riesgo moral.

Tanto los problemas de selección adversa como los de riesgo moral son característicos del sistema de salud, aunque, teniendo en cuenta que es de nuestro interés el estudio de la obesidad y el sobrepeso, se hace necesario el análisis de este último.

Genéricamente, existe azar moral cuando el valor de una transacción para algunas de las partes puede verse afectado por acciones o decisiones adoptadas por la otra, normalmente, luego de llevada a cabo la transacción. Usualmente, implica la existencia de un problema informacional (por la presencia de acciones ocultas), que hace que los individuos por si solos no tengan los incentivos adecuados para ejercitar alguna acción provechosa. La asignación de equilibrio en estos casos resulta ineficiente en relación con el equilibrio correspondiente a la información perfecta.

Comúnmente, los individuos disponen de un seguro de salud, el cual, independientemente de que sea público o privado, permite subsanar la incertidumbre que caracteriza a las enfermedades. La demanda de seguros de salud se origina debido a la aversión al riesgo que presentan los agentes económicos.

El aseguramiento da lugar a una nueva figura en el sistema sanitario: el riesgo moral. Este se refiere a la apatía que se genera en el asegurado respecto a la cantidad de servicios que precisa. Es decir, un vez que se posee el seguro, se observa un cambio de actitud por parte del asegurado.

En referencia al sobrepeso y a la obesidad, el riesgo moral puede manifestarse de dos maneras distintas. Podría ocurrir, tanto que el asegurado realice un menor número de conductas precautorias que minimicen el riesgo de padecer obesidad o sobrepeso (así como las otras enfermedades con

que se asocia), tales como llevar un estilo de vida saludable, realizar mayor actividad física, mantener una dieta balanceada y sin excesos, etc. Por otro lado, el riesgo moral también puede revelarse en una demanda o consumo de los servicios sanitarios por encima de lo necesario. Por ejemplo, puede que el paciente obeso o con sobrepeso demande tratamiento farmacológico o quirúrgico en vez de otros tratamientos (por ejemplo, una dieta hipocalórica) que requieran mayor esfuerzo de su parte (Temporelli, 2010).

### **4.3. Externalidades**

Como se mencionó anteriormente, las externalidades surgen cuando no se incluyen en los precios de mercado algunos efectos secundarios de la producción o del consumo de bienes.

La existencia de externalidades puede hacer que, en algunas situaciones, el precio alcanzado por un bien en el mercado refleje únicamente la valoración privada, sin incluir otro tipo de beneficios o costos que puedan estar asociados con el consumo o la producción del mismo y que recaigan sobre otros agentes. Es decir, los efectos externos crean una divergencia entre los costos y valoraciones privadas y sociales. Si estos efectos externos no son tenidos en cuenta, nos encontraremos en una asignación ineficiente, en la que sería posible, mediante una reasignación del intercambio o de la producción, hacer que un agente mejore su situación sin que otro la empeore.

En el caso de la obesidad y el sobrepeso, como dijimos anteriormente, el establecimiento de los seguros de salud lleva a conductas por parte de los individuos que implican la existencia de riesgo moral. El menor incentivo que existe a tomar medidas precautorias, y, por otro lado, el mayor aliciente para contraer tratamientos que impliquen un menor esfuerzo por parte del paciente obeso, implican ambos, una tendencia al incremento de los costos en el sistema de salud, adicional a la que de por sí conllevan la mayor prevalencia de la obesidad y el sobrepeso, así como las enfermedades que se les asocian.

Cuando se posee seguro de salud, indiferentemente de si el mismo es público o privado, esos mayores costos no recaen enteramente sobre el paciente que padece los problemas de peso, sino que, al ser estos sistemas de



tipo solidario, esos mayores costos se prorratean entre todos los usuarios, y podrían verse reflejados, en aumentos en las primas.

Además, vemos que existen costos individuales de la obesidad que no serán financiados por el propio paciente (el costo privado de la obesidad es inferior a su costo social), lo cual, podríamos pensar, lleva a que los individuos “adquieran” mayores niveles de obesidad que los que adquirirían en el caso en que tuvieran que internalizar los costos totales de sus propias decisiones.

Por otro lado, existen autores que sostienen que la obesidad es “contagiosa”, en el sentido de que aquellos individuos que conviven en ambientes donde predomina la obesidad, tienen mayor tendencia a padecer la misma (Temporelli, 2010). Se hace referencia a fenómenos de interacción social que transmiten la obesidad a través de las redes sociales, otorgándole a la misma, dimensiones epidémicas. Asimismo, se encuentra que la obesidad está distribuida por barrios, lo que podría ser debido a que se contagian los valores y estándares sociales, o porque los estilos de vida y otras influencias ambientales se comparten (Rodríguez Caro y López Valcárcel, 2009).

#### **4.4. Racionalidad imperfecta**

La hipótesis de racionalidad es central en la teoría microeconómica. La misma suele expresarse como aquel principio bajo el cual el agente elige o toma la mejor decisión de todas aquellas que se encuentran a su alcance. Por ende, el conjunto de decisiones posibles que enfrenta el individuo dependerá de las restricciones que se le presenten, las cuales pueden afectar no solo el conjunto de elección sino también las consecuencias de las decisiones que tome. Las fallas de racionalidad usualmente se expresan como problemas de racionalidad limitada o de inconsistencias en las preferencias de los individuos (Streb, 1998).

Los economistas clásicos y neoclásicos son renuentes a aceptar que los adultos tomen decisiones de tipo irracional en el mercado. Sin embargo, cuando la decisión ha de ser tomada por un niño, entonces sí, generalmente se asume que el mismo aún no posee la capacidad necesaria para tomar decisiones racionales, en particular, respecto a lo que debe comer o beber.

En relación a ello, se destaca, la vulnerabilidad de los niños y adolescentes frente al mercado de alimentos. El IOM (Institute of Medicine of USA), recalca justamente, el riesgo que implica para la salud de los mismos, las políticas de marketing dirigidas a este grupo de edad aplicadas por las industrias alimenticias. Sugieren, además, que las publicidades se destinan intencionalmente a niños y adolescentes porque los mismos no tienen aún su capacidad de discernimiento totalmente desarrollada, por lo que resultan fácilmente inducibles al consumo de comida poco nutritiva y rica en grasas y carbohidratos (“comida chatarra”).

Por un lado, cuando el niño pueda elegir qué alimentos ingerir, por ejemplo, en el buffet escolar, se verá atraído fundamentalmente a estos alimentos poco nutritivos. Por otro lado, el marketing actual apunta a generar la idea de que los alimentos promocionados han sido creados específicamente para los niños, y, simultáneamente, que los alimentos para ellos se diferencian claramente de los de adultos. Esto lleva a una mayor participación de los niños en la elección de los alimentos que ingieren (Doval, 2006).

A partir de la gran influencia que tiene el marketing en la compra de alimentos poco nutritivos dirigidos al sector de los niños, se establece la necesidad de intervención estatal también en este ámbito.

En el caso de los adultos, los economistas suelen decir, que aun cuando los agentes elijan mayormente alimentos obesogénicos dentro de su dieta, esta decisión será racional si se trata de aquellos alimentos que le aportan a éste la mayor felicidad. En este caso, aunque la decisión no sea deseable desde el punto de vista de la salud del individuo, ni tampoco desde una perspectiva social (por los costos que genera en el sector sanitario), seguirá siendo la mejor decisión desde el punto de vista individual, y por lo tanto, será una decisión racional. Un análisis similar podría hacerse respecto a la decisión de la cantidad de actividad física a realizar (McCarthy, 2004).

#### **4.5. Bien preferente o meritorio**

En algunas ocasiones, se considera que el individualismo puede no ser la mejor opción para la asignación de recursos, ya sea porque los individuos pueden tener actitudes miopes o simplemente porque, en determinados ám-

bitos, pueden no tomar las decisiones que le sean más convenientes desde una perspectiva de largo plazo. Es decir, respecto de algunos bienes o servicios, los agentes, actuando de acuerdo con sus preferencias, podrían optar por un consumo demasiado bajo o demasiado alto de los mismos respecto al óptimo social. Tales bienes son los llamados bienes meritorios o bienes preferentes (Musgrave, 1959).

En dichas situaciones, se sostiene que el estado está legitimado para intervenir en las decisiones privadas, obligando a consumir una cantidad mínima de aquellos bienes que se consideran deseables, o a impedir el consumo de aquellos que no lo son. También podría intervenir indirectamente a través del establecimiento de subvenciones o impuestos a su consumo, de forma de obtener una demanda superior de la que se obtendría si el mercado funcionase libremente.

Los bienes preferentes son usualmente considerados como bienes de importancia vital para la nación, porque el hecho de que todos alcancen el nivel óptimo de consumo deriva en un mayor nivel de bienestar general para el país en su conjunto.

La salud es considerada como parte del capital social de la nación, y constituye una precondition para el crecimiento y desarrollo del país el que la sociedad disponga de un estado sanitario adecuado. Luego, se considera que su acceso no debe estar limitado o restringido por el poder adquisitivo individual.

Tal es así, que desde la Segunda Guerra Mundial, la mayoría de las naciones han elevado el acceso a la atención sanitaria al rango de derecho social que debiera ser universal, introduciéndolo en las constituciones y estableciendo los recursos para hacerlo efectivo (Freylejer et al. 2003; Caicedo, García, 2002).

Desde esta perspectiva de la salud como bien meritorio, se enfatiza el valor de la solidaridad en su prestación, por lo cual suelen utilizarse sistemas de subsidios cruzados en la prestación de servicios de salud (de jóvenes a ancianos, de ricos a pobres, de sanos a enfermos, etc.), de forma que todos los individuos puedan acceder a la asistencia sanitaria necesaria. De ello no quedaría exento el tratamiento de la obesidad.

## 5. Consideraciones finales

La evolución de la obesidad constituye en la actualidad, uno de los problemas de salud pública de mayor relevancia para los gobiernos de los distintos países. De esta forma, la presencia de numerosas fallas de mercado, introduce la necesidad de intervención estatal como una posibilidad válida dentro del sector.

Los problemas de información e información asimétrica se manifiestan en la dificultad para conocer el tipo de bien que se está consumiendo, así como a través de la presencia de riesgo moral, que se exterioriza en la disminución de las conductas precautorias de los individuos y en la tendencia a demandar tratamientos costosos que requieren menor esfuerzo por parte del paciente.

Por su parte, las externalidades se hacen presentes aumentando los costos que implican la obesidad y las enfermedades asociadas que recaen sobre terceros en los sistemas solidarios de salud. Según ciertos autores esto se agrava si existe una posibilidad de “contagio” de la obesidad que, bajo ciertas condiciones, puede hacer más frecuente esta patología

La racionalidad imperfecta puede identificarse en la falta de capacidad de los niños para tomar decisiones racionales, en particular, frente a la presencia de publicidad nociva que promueve el consumo de comida con escaso aporte nutricional. Aún así, los economistas son reacios a aceptar la falta de racionalidad en las decisiones de adultos.

Se considera entonces que en aquellos casos en que el mercado por sí solo no alcanza asignaciones eficientes, el Estado es el agente idóneo para establecer las condiciones necesarias que permitan corregir las deficiencias del mercado. Esto es especialmente relevante en este sector al ser considerada la salud un bien meritorio.

La prevención y el tratamiento oportuno de la obesidad y el sobrepeso, mediante medidas que permitan mitigar estas problemáticas, resultan enormemente necesarias y se han transformado en uno de los mayores objetivos de salud pública. La introducción de dichas medidas resulta de gran importancia no solo por los amplios costos directos que implica para el sector sanitario, sino también por los costos indirectos que la misma genera al

ser factor de riesgo de muchas otras enfermedades

Sin profundizar en la temática, podemos identificar tres grupos de políticas aplicables para el control de la obesidad. En primer lugar, la educación, ya que mayores niveles educacionales permiten mejor conocimiento sobre la composición de los alimentos, las necesidades nutricionales a diferentes edades y las consecuencias que genera para los individuos la obesidad. Un segundo grupo apunta a cambiar los precios relativos de los alimentos saludables y no saludables mediante impuestos y subsidios. Estas medidas son fuertemente discutidas por la distorsión que se introduce en los mercados sin haber probado aún su eficacia. Aún aquellos que la recomiendan como medidas efectivas sugieren un cuidadoso análisis previo a su implementación que permita conocer con certeza la relación de sustituibilidad y complementariedad entre los alimentos para que la imposición no se vuelva regresiva. El tercer grupo los constituyen los que consideran necesaria la regulación de los restaurantes de comidas rápidas, especialmente en cuanto a la publicidad en los niños.

El análisis económico de la obesidad debe poner su interés en estudiar hasta qué punto los diferentes factores analizados influyen sobre la obesidad, con el fin último de generar intervenciones acertadas como un intento de corregir la tendencia que presenta este fenómeno. Lo que es claro es que estas intervenciones no son replicables en diferentes contextos sociales, económicos y culturales, exigiendo un profundo conocimiento de la población objetivo a fin de generar los incentivos correctos. En este sentido, la literatura revisada explica en general el incremento de peso en poblaciones de ingresos medios o altos, lo que hace necesario la construcción de modelos para poblaciones de ingresos bajos.

La continuación de esta investigación propone un análisis pormenorizado de las políticas públicas aplicables para el control de la obesidad y el sobrepeso.

## Referencias

- [1] Allison, D. B., Fontaine, K. R., Manson, J. E. , Stevens, J., VanItallie, T. B. (1999). “Annual Deaths Attributable to Obesity in the United States.” American Medical Association. Vol 282, No. 16.
- [2] Antoñanzas, F., Portillo Pérez de Viñaspre, F. (2001). “Análisis económico de los comportamientos adictivos no saludables: Principales propuestas teóricas.” Federación de estudios de economía aplicada.
- [3] Becker, G.S., Murphy, K.M., (1988). “A theory of rational addiction.” Journal of Political Economy 96, 675 – 700.
- [4] Bobadilla J. L., Frenk J., Lozano R. (1991). “La transición epidemiológica en América Latina”, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP).
- [5] Caicedo, B., García, J.D. (2002). “La dimensión económica y política de los servicios de atención en salud: Un aporte general para el derecho a la salud y la justicia sanitaria en Colombia.” Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Vol. 20, N°1, p. 117 – 133, Universidad de Antioquia, Colombia.
- [6] Cash, S.B., Sunding, D.L., Zilberman, D. (2004). “Fat taxes and thin subsidies: prices, diet, and health outcomes.” Paper presented at the Annual Meeting of the American Agricultural Economics Association, Denver, CO, August 1 – 4.
- [7] Cawley, J. (1999). “Rational Addiction, the Consumption of Calories and Body Weight.” Ph.D. Dissertation, Department of Economics, University of Chicago.
- [8] Chaloupka, Frank, (1991). “Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking”. Journal of Political Economy, University of Chicago Press, vol. 99(4), pages 722 – 42.

- [9] Deaton, A., (2003). "Health, income, and inequality." National Bureau of Economic Research Reporter: Research Summary. 2005: <http://www.nber.org/reporter/spring03/health.html>.
- [10] Destinobles, A. (2002). Reseña de "Los mercados con información asimétrica: Tema tratado por los premio Nobel de Economía 2001". Revista Aportes, Año VII, Num.19, pp. 173 – 176, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
- [11] Drenowski, A. (2003). "Fat and sugar: an economic analysis." The Journal of Nutrition 133, 838S–40S.
- [12] Doval, H. C. (2006). "La epidemia de obesidad: ¿resolución individual o social?". Rev. argent. cardiol., vol.74, n.5, p. 341 – 348.
- [13] Flegal, K.M., Graubard, B.I., Williamson, D.F. and Gail, M.H. (2005) "Excess deaths associated with underweight, overweight and obesity". Journal of the American Medical Association 293(15): 1861 – 1867.
- [14] Freylejer V., Sellanes M., Vasallo C. (2003) "Salud, mercado y Estado", Apuntes de Economía de la salud, Universidad Isalud.
- [15] González López-Valcárcel B., Rodríguez Caro A. (2009). "El trasfondo económico de las intervenciones sanitarias en la prevención de la obesidad." Revista Española de Salud Pública, Vol. 83, Núm. 1, pp. 25 – 41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
- [16] Ministerio de Salud de la Nación (2005). "Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo." Argentina.
- [17] Lakdawalla, D. y Philipson, T. (2002). "The Growth of Obesity and Technological Change: A Theoretical and Empirical Examination". National Bureau of Economic Research Working Paper Series, Número 8946.
- [18] London, S; Temporelli, K.; Monterubbianesi, P. (2009). "Vinculación entre salud, ingreso y educación: Un análisis comparativo para Améri-

- ca Latina. Economía y Sociedad.” Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México.
- [19] Luque, Emilio (2007). “La obesidad, más allá del consumidor”. En Díaz, Cecilia y Gómez, Cristóbal (eds.), Alimentación, consumo y salud, vol. 24 de los Estudios Sociales de La Caixa.
- [20] Marques-Lopes, I., Marti, A., Martínez, J. A., Moreno, M. J. (2002). “Causas de la obesidad”. Anales Sis San Navarra, Vol. 25, Suplemento I, 17 – 27.
- [21] McCarthy, M. (2004). “The economics of obesity”. World Report, Vol. 364.
- [22] Mokdad, A.H., Marks, J.S., Stroup, D.F. and Gerberding, J.L. (2004). “Actual causes of death in the United States”. Journal of the American Medical Association 291(10): 1238 – 1245.
- [23] Musgrave, R. (1959). “The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy.”
- [24] Must A. (1996). “Morbidity and mortality associated with elevated body weight in children and adolescents.” Am J Clin Nutr; 63(Suppl 3): 445S–447S McGraw-Hill.
- [25] Peña M. (2005), Bacallao J., “La obesidad en la pobreza”, Revista Futuros No 10. Vol. III.
- [26] Philipson, T.; Posner, R. (2003), “The Long-Run Growth in Obesity as a Function of Technological Change”, John M. Olin Law & Economics., Working Paper NO. 78.
- [27] Portillo Pérez de Viñaspre F.(2007). “Análisis económico del comportamiento adictivo. Aplicación a las percepciones de riesgo asociadas con el consumo de tabaco”, Servicio de publicaciones, Universidad de la Rioja.



- 
- [28] Portillo Pérez de Viñaspre, F. (2007). “Análisis económico del comportamiento adictivo: Aplicación a las percepciones de riesgos asociados con el consumo de tabaco”. Tesis Doctoral, Servicio de publicaciones, Universidad de la Rioja.
- [29] Schroeter, Ch; Lusk, J; Tyner, W. (2008) “Determining the impact of food price and income changes on body weight”, *Journal of Health Economics*, Número 27, Páginas 45 a 68.
- [30] Richards, T; Patterson, P; Abebayehu, T (2007). “Obesity and nutrient consumption: a rational addiction?” *Contemporary economic policy*. Vol. 25; Número 3, pag. 309 – 324.
- [31] Simon, H. A. (1957). “Models of Man: Social and Rational”. Nueva York, John Wiley & Sons, 288 pp.
- [32] Streb, J. M. (1998). “El significado de la racionalidad en economía”. Universidad del CEMA.
- [33] Sturm, R. (2002). “The effects of obesity, smoking, and drinking on medical problems and costs”. *Health Affairs* 21(2): 245 – 253.
- [34] Temporelli, K. L. (2010). “Análisis económico de las causas del incremento del sobrepeso y la obesidad en el mundo”. En prensa.

