

Del derecho social al deber individual: *nudging* en el control de enfermedades crónicas no transmisibles y sus efectos normativos

Fernando A. Ramos-Zaga

Resumen

Las políticas contemporáneas para el control de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han incorporado el *nudging* como instrumento privilegiado para modificar conductas individuales en un contexto de alta carga epidemiológica, lo que reabre el debate sobre sus implicaciones normativas frente a la persistencia de determinantes estructurales. El objetivo del artículo es analizar la arquitectura de la responsabilidad en dichas políticas, examinando el desplazamiento de los determinantes estructurales hacia la dimensión cognitiva individual. Se adopta una metodología cualitativa de carácter teórico-crítico basada en revisión de literatura y reconstrucción conceptual. Los resultados evidencian que el *nudging* se apoya en un modelo de racionalidad epistemológicamente discutible, se inscribe en una racionalidad de gobierno que individualiza el riesgo y opera mediante una ceguera estructural que reconfigura la causalidad de las ECNT, produciendo efectos de responsabilización, estigmatización y reproducción de desigualdades. Se concluye que el *nudging* no es normativamente neutral, sino una tecnología de gobernanza cuya legitimidad exige condiciones materiales, distributivas y democráticas que, en gran medida, permanecen insuficientemente garantizadas.

Palabras clave: gobernanza conductual, enfermedades crónicas no transmisibles, determinantes sociales, salud, arquitectura de la responsabilidad, políticas públicas

Abstract

From social right to individual duty: Nudging in the control of non-communicable diseases and its normative effects

The global proliferation of behavioral insights units has positioned nudging as a central instrument in the prevention and control of non-communicable diseases (NCDs), raising concerns about its normative implications and its capacity to address structurally driven health inequalities. This article analyzes the architecture of responsibility embedded in nudging-based health policies, focusing on the displacement of structural determinants onto the cognitive dimension of individual decision-making. Methodologically, the study undertakes a critical-theoretical analysis grounded in an interdisciplinary review of behavioral economics, neoliberal governmentality, critical epidemiology, and normative

theory. The analysis reveals that nudging relies on an epistemologically fragile model of rationality. It promotes a form of subjectivation that constructs individuals as managers of their own health risks, operating through a structural blindness that reconfigures causality, produces stigmatizing effects, and reinforces social inequalities. Ultimately, this paper posits that nudging is not a neutral policy tool but a technology of governance that redistributes responsibility in ways that may undermine social protections, thereby requiring its legitimacy to be evaluated against robust criteria of behavioral justice anchored in material and democratic conditions.

Keywords: behavioral governance, non-communicable diseases, social determinants, health, architecture of responsibility, public policy

Resumo

Do direito social ao dever individual: nudging no controlo das doenças crónicas não transmissíveis e os seus efeitos normativos

As políticas contemporâneas para o controlo das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) têm incorporado o nudging como instrumento privilegiado para modificar comportamentos individuais num contexto de elevada carga epidemiológica, o que reabre o debate sobre as suas implicações normativas face à persistência de determinantes estruturais. O objetivo do artigo consiste em analisar a arquitetura da responsabilidade nessas políticas, examinando o deslocamento dos determinantes estruturais para a dimensão cognitiva individual. Adota-se uma metodologia qualitativa de carácter teórico-crítico, baseada na revisão da literatura e na reconstrução conceptual. Os resultados evidenciam que o nudging assenta num modelo de racionalidade epistemologicamente discutível, inscreve-se numa racionalidade de governo que individualiza o risco e opera através de uma cegueira estrutural que reconfigura a causalidade das DCNT, produzindo efeitos de responsabilização, estigmatização e reprodução de desigualdades. Sustenta-se, assim, que o nudging não é normativamente neutro, mas antes uma tecnologia de governação cuja legitimidade exige condições materiais, distributivas e democráticas que, em larga medida, permanecem insuficientemente asseguradas.

Palavras-chave: governação comportamental, doenças crónicas não transmissíveis, determinantes sociais, saúde, arquitetura da responsabilidade, políticas públicas

Fernando A. Ramos-Zaga: Magíster en Gestión Pública. Doctorando en Gestión Pública (Universidad César Vallejo, Perú).

ORCID: 0000-0001-6301-9460

Email: fernandozaga@gmail.com

Recibido: 29/9/2025

Aceptado: 15/4/2026

Introducción

En el primer cuarto del siglo XXI, las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen el desafío sanitario de mayor magnitud global, con aproximadamente 43 millones de muertes anuales, lo que equivale al 75 % de la mortalidad mundial no vinculada a pandemias, y una carga desproporcionada concentrada en países de ingresos bajos y medios (World Health Organization [WHO], 2025). La distribución social de estas enfermedades, lejos de responder a trayectorias biológicas aisladas, obedece a patrones estructurales vinculados a las condiciones materiales de existencia, los entornos alimentarios, la segregación territorial y las dinámicas de acumulación capitalista contemporánea (Breilh, 2021; Crawshaw y Gray, 2026).

En este marco, las políticas de control de ECNT han transitado, desde la crisis financiera de 2008, hacia un paradigma centrado en la modificación de la conducta individual, donde el *nudging* se ha consolidado como herramienta privilegiada de gobernanza conductual. Formalmente definido como cualquier modificación de la arquitectura de elección que altere el comportamiento de forma predecible sin prohibir opciones ni alterar significativamente los incentivos económicos, el *nudging* presume preservar la libertad de elección mientras orienta al sujeto hacia resultados considerados deseables por el diseñador de política (Thaler y Sunstein, 2008). Su expansión institucional, materializada en unidades de *behavioural insights* en el Reino Unido, Estados Unidos, los Países Bajos y más recientemente en jurisdicciones del Sur Global, refleja la penetración profunda de este paradigma en los aparatos estatales contemporáneos (Gane, 2021; Yang y Han, 2025).

La literatura reciente en economía conductual aplicada a salud pública ha subrayado la supuesta eficacia de estas intervenciones, con metaanálisis que reportan efectos moderados en diversos dominios (Mertens *et al.*, 2022). Esta evidencia, no obstante, ha sido contestada por reanálisis que, tras corregir por sesgo de publicación, sitúan los tamaños de efecto cerca de cero (Maier *et al.*, 2022; Szaszi *et al.*, 2022). La propia Organización Mundial de la Salud ha respaldado las intervenciones conductuales como componente de sus estrategias *best buy* para la prevención de ECNT, estimando retornos significativos de inversión en países de ingresos bajos y medios (Murayama *et al.*, 2023).

La cuestión que este artículo se propone examinar, sin embargo, no reside en la disputa sobre la eficacia conductual del *nudging*, sino en la arquitectura normativa que este instituye cuando se convierte en racionalidad de gobierno para el control de las ECNT. La noción organizadora del análisis es la de *arquitectura de la responsabilidad*, entendida como el conjunto de dispositivos discursivos y técnicos mediante los cuales el *nudging* redistribuye la carga de la acción sanitaria desde los determinantes estructurales hacia la dimensión cognitiva individual (Peeters, 2013; Rose, 2009). Esta operación no constituye un fenómeno meramente técnico, sino una reconfiguración política de la relación entre Estado, sujeto y riesgo.

En este marco, el objetivo del artículo consiste en analizar la arquitectura de la responsabilidad en las políticas de salud orientadas al control de las ECNT basadas en el *nudging*, examinando el desplazamiento de los determinantes estructurales hacia la dimensión cognitiva individual. Este objetivo busca contribuir a una comprensión más precisa de los efectos normativos del enfoque conductual, sin presuponer de antemano su validez o invalidez, sino explorando las condiciones bajo las cuales su implementación puede resultar problemática o legítima en términos éticos y sociales.

Metodología

El presente artículo se inscribe en un paradigma crítico-postestructuralista, empleando un enfoque cualitativo. El diseño de la investigación es de carácter analítico-crítico, orientado a deconstruir la «arquitectura de la responsabilidad» en las políticas de salud pública para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) fundamentadas en el *nudging*. El objetivo general consiste en examinar el desplazamiento de los determinantes estructurales hacia la dimensión cognitiva individual, evaluando las implicaciones sociológicas y normativas de esta transición.

La investigación se sustenta en una estrategia metodológica interdisciplinaria que articula cuatro ejes analíticos: la economía conductual, la gubernamentalidad neoliberal (Foucault, 2008), la epidemiología crítica y la teoría normativa. Como técnica de recolección de información, se realizó una revisión crítica y sistemática de literatura especializada, seleccionando un corpus documental que incluye tratados fundamentales, artículos de investigación en revistas de alto impacto y documentos estratégicos de organismos globales (OMS, OPS). Los criterios de inclusión se definieron por la relevancia teórica y la vigencia temporal de las fuentes, mientras que los criterios de exclusión descartaron literatura gris que no aportaran a la discusión de los fundamentos epistemológicos del modelo.

El procedimiento de análisis de datos se estructuró en tres fases secuenciales para garantizar la transparencia y la reproducibilidad del hallazgo teórico. En la primera fase, se realizó una inspección epistemológica de la dicotomía *Econs/Humans* y la doctrina del *as-if*, contrastando el modelo axiomático del *nudging* con la propuesta de la racionalidad ecológica (Gigerenzer, 2015). En la segunda fase, se aplicó un análisis de gubernamentalidad para identificar los mecanismos de subjetivación (*mind politics*) y la empresarialización del yo en el campo sanitario. Por último, se empleó un marco evaluativo normativo basado en el concepto de «justicia conductual» para analizar fenómenos como la *lifestyle drift* (deslizamiento hacia el estilo de vida) y la estigmatización institucional.

Para asegurar la validez y confiabilidad de los resultados, se utilizó la técnica de triangulación de perspectivas teóricas, permitiendo que la crítica desde la epidemiología social validara las brechas detectadas en la economía conductual. La

consistencia del diseño metodológico respecto al objetivo se garantiza mediante el seguimiento de una ruta deductiva que vincula la fragilidad epistemológica del *nudge* con su ceguera estructural y sus efectos distributivos injustos.

El modelo *Econs/ Humans* y la ilusión de la neutralidad del diseño

La arquitectura conceptual del *nudging* se sostiene sobre una distinción ontológica entre dos tipos de agentes, los *Econs*, entendidos como sujetos perfectamente racionales de la teoría neoclásica, y los *Humans*, entendidos como sujetos empíricos afectados por sesgos sistemáticos y por limitaciones de autocontrol (Thaler y Sunstein, 2008). Esta dicotomía establece el punto de partida normativo del programa, dado que la supuesta irracionalidad de los *Humans* justifica la intervención del arquitecto de elección para corregir las desviaciones respecto del modelo idealizado. Sin embargo, la inspección epistemológica de este andamiaje revela que la distinción no se deriva de una investigación empírica sobre los procesos cognitivos reales, sino de una comparación entre la conducta observada y un conjunto de normas axiomáticas de coherencia cuya validez como estándar de racionalidad es precisamente lo que está en discusión (Gigerenzer, 2015).

En términos metodológicos, la crítica epistemológica al programa conductual se ha articulado a partir de la denuncia de lo que se ha denominado la doctrina del *as-if*, heredada de la economía neoclásica friedmaniana, según la cual no importa si los procesos psicológicos descritos son reales, siempre que el modelo prediga el resultado final (Berg y Gigerenzer, 2010). Bajo esta doctrina, la economía conductual contemporánea, lejos de romper con el axiomatismo neoclásico, ha operado un programa de reparación que añade parámetros matemáticos a las funciones de utilidad preexistentes sin examinar la estructura real de la decisión (Gigerenzer, 2015). Esta operación instituye una paradoja metodológica: el *nudging* se legitima apelando al realismo psicológico frente a la ficción del *homo economicus*, pero su andamiaje formal continúa anclado en el mismo marco axiomático que declara superar.

Como corolario de esta crítica, la categoría de sesgo cognitivo, en este contexto, opera como el mecanismo teórico central que convierte la desviación respecto de los axiomas neoclásicos en una patología individual susceptible de intervención. Diversas investigaciones han cuestionado esta operación al mostrar que no existe evidencia robusta de que quienes se desvían de los axiomas neoclásicos experimenten peores resultados económicos, mayor infelicidad o una salud deteriorada (Gigerenzer, 2015; Schramme, 2024). Más aún, algunos estudios experimentales sugieren que sujetos con creencias no bayesianas exhiben calibraciones de riesgo más precisas en dominios sanitarios relevantes, como en la interpretación de pruebas diagnósticas (Gigerenzer y Gaissmaier, 2011). Esta evidencia abre una fisura significativa en el fundamento empírico del programa.

Frente a esta patologización de la desviación, la tradición de la racionalidad ecológica ha propuesto una reconceptualización radical del problema. Desde esta perspectiva, las heurísticas no son atajos defectuosos respecto de una norma óptima, sino estrategias adaptativas cuya calidad debe evaluarse por el grado de ajuste entre la estructura cognitiva y las propiedades del entorno en el que opera (Gigerenzer, 2015; Todd y Gigerenzer, 2012). Lo que bajo la mirada axiomática aparece como irracional puede resultar, bajo la mirada ecológica, como la respuesta más eficiente en condiciones de incertidumbre fundamental, donde la información relevante es escasa, costosa o estructuralmente indisponible. Este desplazamiento del criterio de racionalidad no constituye una mera alternativa técnica, sino una reformulación del estatuto epistemológico del agente decisor.

De este cambio de perspectiva se sigue que la implicación metodológica de este desplazamiento es decisiva para el estatuto epistemológico del *nudging* como modelo de regulación sanitaria. Si la racionalidad es ecológica, el diagnóstico de los problemas de decisión no puede recaer exclusivamente sobre individuos mal comportados, sino que debe formularse en términos de un desajuste entre el proceso cognitivo y la estructura del entorno (Gigerenzer, 2015). Este matiz introduce una ambigüedad fundamental en el programa conductual, dado que el mismo fenómeno que legitima la intervención, a saber, la brecha entre conducta observada y norma axiomática, puede ser igualmente interpretado como evidencia de que la norma no captura adecuadamente la racionalidad en uso.

En un plano complementario, un segundo núcleo epistemológico del programa lo constituye el argumento de la inevitabilidad del diseño ambiental, según el cual, dado que no existe una arquitectura de elección neutral, el arquitecto debe asumir la responsabilidad de estructurar el contexto para orientar al sujeto hacia mejores resultados (Thaler y Sunstein, 2003, 2008). Esta tesis ha sido acogida y desarrollada por la literatura subsiguiente como el núcleo pragmático del paternalismo libertario, en tanto permite eludir la objeción clásica de que toda intervención estatal sobre la conducta vulnera la libertad de elección (Sunstein, 2014). El argumento, formalmente irreprochable en su premisa descriptiva, adquiere sin embargo un peso normativo adicional cuando se emplea para justificar la asimetría entre el arquitecto y el sujeto empujado.

No obstante, la objeción epistemológica central a este argumento señala que la no-neutralidad del diseño no implica, por sí sola, la legitimidad de cualquier diseño orientado (Hausman y Welch, 2010). Reconocer que toda configuración ambiental influye en la decisión no autoriza a inferir que los arquitectos posean un conocimiento privilegiado sobre los fines que deberían perseguir los sujetos empujados. Más aún, la propia distinción entre Sistema 1 y Sistema 2, tomada de la psicología dual, ha sido objeto de un debate sustantivo en la literatura cognitiva, que ha mostrado que la caracterización del Sistema 1 como fuente sistemática de error simplifica indebidamente una arquitectura mental mucho más compleja

(Kahneman, 2011; Keren y Schul, 2009). Esta simplificación opera como la condición formal que sostiene el diagnóstico patológico del decisor ordinario.

Ante estas objeciones, la defensa contemporánea del *nudging* ha buscado responder a estas objeciones distinguiendo entre el instrumento y el marco normativo que lo sustenta (De Quintana, 2021). Desde esta perspectiva matizada, los *nudges* no serían intrínsecamente problemáticos, dado que pueden servir a fines éticos diversos, y las objeciones centradas en la autonomía suelen presuponer un modelo idealista de la toma de decisiones que no coincide con la evidencia psicológica disponible (De Quintana, 2021; Schmidt y Engelen, 2020). Esta línea argumental es teóricamente relevante, pues permite evitar la trampa de oponer un sujeto reflexivo irreal a un sujeto manipulable también irreal.

Pese a ello, la crítica epistemológica sostiene que el problema del *nudging* no reside en la existencia de la influencia, sino en la fragilidad del modelo de racionalidad desde el cual se diagnostica la necesidad de intervenir. Si la categoría de sesgo carece de una fundamentación independiente del axiomatismo que pretende superar, y si la racionalidad ecológica ofrece una explicación alternativa más ajustada a los entornos reales de decisión, entonces el estatuto epistemológico del modelo queda comprometido (Berg y Gigerenzer, 2010; Gigerenzer, 2015). Esta fragilidad no es un detalle técnico, sino la condición fundacional que determina la legitimidad científica del programa como base de política sanitaria.

De esta evaluación se desprende que la consecuencia analítica de esta sección es que el *nudging*, considerado en su núcleo epistemológico, instituye un modelo de decisión cuya validez empírica y conceptual resulta sustantivamente discutible. La dicotomía *Econs/Humans*, el diagnóstico del sesgo como error y la tesis de la inevitabilidad del diseño articulan un dispositivo internamente coherente, pero cuya coherencia descansa en supuestos axiomáticos que no han sido validados por la investigación psicológica contemporánea (Gigerenzer, 2015; Hausman y Welch, 2010). Esta fragilidad fundacional no es un asunto meramente académico, pues la apelación al realismo conductual constituye precisamente el fundamento retórico que legitima la intervención del arquitecto sobre la conducta del ciudadano.

El cuestionamiento de la validez del modelo de racionalidad que sustenta el *nudging* no agota el problema analítico, sino que abre una dimensión ulterior relativa a su inscripción en formas históricas de gobierno. Si la distinción *Econs/Humans* y la patologización del sesgo constituyen supuestos epistemológicamente frágiles, resulta necesario examinar qué tipo de racionalidad política permite, no obstante, su consolidación como instrumento legítimo de intervención. En consecuencia, la sección siguiente desplaza el foco desde la crítica epistemológica hacia el análisis de la gubernamentalidad contemporánea, introduciendo el marco de la *mind politics* para explicar cómo el *nudging* se articula con procesos de

subjetivación propios del liberalismo avanzado y con la empresarialización del yo en el campo de la salud.

Mind politics* y empresarialización del yo: la racionalidad de gobierno del *nudging

La consolidación del *nudging* como instrumento privilegiado de gobierno en el campo sanitario no puede entenderse al margen de una transformación más amplia en la racionalidad política contemporánea, que desplaza el eje de la intervención estatal desde el cuerpo biológico y las condiciones materiales hacia los procesos de toma de decisiones individuales. Esta mutación ha sido conceptualizada como el surgimiento de la *mind politics*, una forma de gubernamentalidad que utiliza los aportes de las ciencias del comportamiento para influir en las elecciones individuales a través del diseño del entorno cognitivo (Peeters y Schuilenburg, 2017). La *mind politics* no constituye una ruptura con la biopolítica moderna, sino su continuación bajo una configuración técnica distinta, donde la mente, y no solamente el cuerpo o la población estadística, deviene el sitio privilegiado de la intervención pública.

Desde una reconstrucción genealógica, el andamiaje genealógico de esta mutación se encuentra en la reconstrucción foucaultiana del neoliberalismo como racionalidad de gobierno, que identifica la generalización de la forma económica a toda la esfera social como su operación fundamental (Foucault, 2008). Bajo esta racionalidad, el individuo es redefinido como *homo aeconomicus* entendido ya no como socio del intercambio mercantil, sino como empresario de sí mismo que administra su vida, incluida su salud, como un flujo de ingresos derivado de una inversión constante en capital humano (Foucault, 2008; Lemke, 2001). Esta redefinición ontológica del sujeto es la condición de posibilidad de toda la arquitectura conductual contemporánea, pues sin la figura del empresario de sí mismo, la operación del *nudge* carecería del sustrato subjetivo sobre el cual inscribirse.

En estrecha conexión con esta redefinición, la categoría de capital humano, formalizada por la Escuela de Chicago y recuperada por Foucault como rejilla de inteligibilidad, permite comprender cómo la salud deja de ser entendida como un derecho social garantizado por el Estado para convertirse en un componente del patrimonio individual que cada sujeto debe gestionar y capitalizar mediante elecciones calculadas (Foucault, 2008; Lemke, 2001). En este desplazamiento, el ciudadano enfermo no aparece ya como víctima de una distribución social desigual de los riesgos, sino como un mal inversor, un sujeto que ha fracasado en la administración de su propio capital biológico. Esta reconfiguración normativa es fundamental para entender por qué el *nudging* encuentra en las ECNT su campo de aplicación privilegiado, pues estas enfermedades se asocian discursivamente a estilos de vida que se presumen susceptibles de optimización mediante el cálculo individual.

A partir de esta base, la articulación política de esta subjetivación ha sido cartografiada con precisión como el advenimiento del liberalismo avanzado, entendido como diagrama de gobierno que des-socializa la gestión del riesgo y que opera mediante la creación de sujetos autónomos que se autorregulan según normas técnicas y financieras (Rose, 2009). Bajo este diagrama, el Estado no se retira, sino que se reconfigura como facilitador de la empresarialización de la vida social, sustituyendo la planificación directa por técnicas de gobierno a distancia apoyadas en contratos, auditorías y, más recientemente, en intervenciones conductuales (Peeters, 2013; Rose, 2009). El *nudging* se inserta en este diagrama como tecnología refinada que permite al Estado orientar la conducta ciudadana sin apelar ni a la coerción directa ni a la modificación de los incentivos económicos estructurales.

La gramática específica de esta operación ha sido analizada como una transición desde una gobernanza basada en la ingeniería social a una biopolítica que utiliza información, educación y tecnologías conductuales para moldear comportamientos desde la distancia (Crawshaw y Gray, 2026). En este marco, la ciudadanía saludable deja de definirse como el derecho a recibir protección frente a los determinantes de la enfermedad y pasa a definirse como el deber ético de mantenerse bien mediante elecciones racionales, incorporando la salud como un dominio de apropiación individual (Crawshaw y Gray, 2026). Esta mutación semántica, aparentemente menor, opera una transformación profunda del contrato entre Estado y ciudadano, al desplazar la base normativa de la protección sanitaria desde la solidaridad social hacia la prudencia individual.

En términos operativos, el concepto de *mind politics* captura con precisión el mecanismo técnico que hace posible esta transformación. Mientras la biopolítica clásica gestionaba la salud poblacional mediante estadísticas vitales, campañas de higiene y regulación de los entornos laborales, la *mind politics* opera mediante la manipulación de los procesos cognitivos automáticos, convirtiendo la mente en el objeto privilegiado de gobierno (Peeters y Schuilenburg, 2017). El empleo de marcos operativos como MINDSPACE en el Reino Unido, que categoriza las influencias conductuales susceptibles de ser movilizadas por el Estado, ejemplifica esta transición hacia una forma de gobierno que actúa, literalmente, bajo el umbral de la conciencia reflexiva (Dolan *et al.*, 2012; Peeters y Schuilenburg, 2017).

Asimismo, la crítica sociológica del *nudging* ha insistido en que esta operación constituye una fase híbrida del neoliberalismo posterior a la crisis de 2008, donde la confianza en los mecanismos puros del mercado ha sido sustituida por una intervención conductual más activa sobre la racionalidad individual (Gane, 2021). Lejos de suponer un abandono del marco neoliberal, el *nudge* lo profundiza al trasladar el principio de mercado desde la asignación de bienes hacia la misma arquitectura interna de la decisión humana (Gane, 2021; Jones, Pykett y Whitehead, 2013). Esta hibridación explica por qué el *nudging* ha podido ser adoptado con

entusiasmo tanto por administraciones de corte tecnocrático como por gobiernos que se presentan como herederos de tradiciones socialdemócratas.

Como expresión concreta de esta lógica, la figura del empresario de sí mismo, que opera como sujeto implícito del *nudge*, encuentra en las políticas sanitarias de ECNT una de sus realizaciones más elocuentes. Cuando las estrategias de prevención de la obesidad, el tabaquismo o la diabetes se formulan en términos de mejorar la arquitectura de decisión del individuo, lo que se produce es una interpelación del ciudadano como gestor responsable de su propio capital biológico, al tiempo que se desplazan hacia el horizonte las determinaciones estructurales que producen la enfermedad (Crawshaw y Gray, 2026; Rose, 2009). Esta interpelación no es un efecto colateral del programa, sino precisamente su efecto constitutivo.

El caso de las intervenciones digitales contemporáneas constituye la expresión más avanzada de esta racionalidad de gobierno. En experiencias como las implementadas en China para la gestión comunitaria de enfermedades crónicas, los *nudges* digitales y la gamificación transforman el autocuidado en una actividad lúdica que reduce la carga cognitiva y amplifica los beneficios percibidos, al tiempo que posicionan al ciudadano como gestor principal de su riesgo crónico (Yang y Han, 2025). Esta configuración ilustra con claridad cómo la *mind politics* puede operar en tiempo real, integrando la gestión de la salud en la rutina cotidiana del sujeto mediante interfaces que operan simultáneamente como instrumentos de empujón, dispositivos de autovigilancia y tecnologías de subjetivación.

De lo anterior se desprende que la consecuencia analítica de esta sección es que el *nudging* no constituye un instrumento técnico neutral, sino el dispositivo operativo de una racionalidad de gobierno específica, la *mind politics*, que produce al sujeto contemporáneo de la salud como empresario de sí mismo responsable de su propio capital biológico. Este mecanismo de subjetivación no es un efecto secundario del programa, sino su condición de posibilidad, dado que sin la figura del ciudadano-empresario, el *nudge* carecería del sustrato sobre el cual inscribirse como tecnología de orientación de la conducta (Foucault, 2008; Peeters y Schuilenburg, 2017; Rose, 2009). La identificación de esta lógica de gobierno prepara el terreno para la interrogación del problema específicamente estructural que plantea su aplicación al campo de las ECNT.

Por consiguiente, la identificación del *nudging* como tecnología de la *mind politics* permite comprender el mecanismo de subjetivación que produce al individuo como gestor de su propio riesgo sanitario. Sin embargo, la elucidación de esta racionalidad de gobierno requiere ser contrastada con sus efectos en contextos empíricos específicos, particularmente allí donde las condiciones estructurales configuran de manera decisiva la distribución del riesgo. En este sentido, la sección siguiente introduce el problema de las ECNT como terreno privilegiado para observar la tensión entre la lógica conductual y la determinación social de la salud,

desplazando el análisis hacia la noción de ceguera estructural y el fenómeno de la *lifestyle drift* como operadores clave del desajuste entre diagnóstico y política.

La ceguera estructural del paradigma conductual: *lifestyle drift* y la elisión de la determinación social

La aplicación del paradigma conductual al control de las ECNT exhibe una característica específica que la literatura crítica ha identificado con el concepto de *lifestyle drift*, entendido como la tendencia de las políticas de salud pública a partir de un reconocimiento amplio de los determinantes sociales y a derivar, en su fase de implementación, hacia un foco casi exclusivo en los factores individuales de estilo de vida (Popay, Whitehead y Hunter, 2010). Este desplazamiento no constituye un accidente de ejecución, sino una operación sistemática que opera en la interfaz entre la formulación discursiva de las políticas, que suele invocar los determinantes estructurales, y su articulación técnica, que tiende a limitarse a intervenciones conductuales dirigidas al individuo.

De forma más específica, el mecanismo del *lifestyle drift* ha sido documentado con precisión en estudios sobre el diseño de políticas sanitarias en diversos contextos, mostrando cómo la retórica inicial sobre la desigualdad en salud se diluye progresivamente en medidas centradas en la alimentación, el tabaquismo o la actividad física, entendidas como decisiones individuales susceptibles de optimización mediante educación o *nudges* (Popay *et al.*, 2010; Whitehead, 2007). Este deslizamiento tiene una consecuencia analítica fundamental, pues transforma problemas de origen estructural en fallos individuales de decisión, reconfigurando la arquitectura causal que las propias políticas habían reconocido previamente. El resultado es una disonancia característica entre el diagnóstico epidemiológico y la intervención efectiva.

Al ampliar el foco crítico, la crítica de este mecanismo ha sido articulada con especial fuerza desde la perspectiva de lo que se ha denominado la doble carga del neoliberalismo, según la cual el sistema económico global produce simultáneamente los entornos que favorecen las ECNT y las políticas que responsabilizan al individuo por navegarlos (Glasgow y Schrecker, 2015). Los documentos estratégicos de alto nivel que orientan la respuesta global a las ECNT han sido analizados como instancias paradigmáticas de esta operación, al centrar la prevención en cuatro grupos de riesgos conductuales, consumo de tabaco, dieta no saludable, consumo nocivo de alcohol e inactividad física, mientras omiten sistemáticamente los procesos macroeconómicos que configuran la exposición diferencial a estos riesgos (Glasgow y Schrecker, 2015; WHO, 2025). El punto de corte de las políticas tiende a situarse precisamente donde el comportamiento individual se encuentra con los procesos económicos y sociales a macroescala.

Desde esta problematización, esta operación de desplazamiento ha sido conceptualizada en la literatura reciente sobre políticas de salud como una forma de

ceguera estructural, entendida como la incapacidad de los enfoques conductuales para reconocer y actuar sobre los factores externos que restringen la autonomía real de los sujetos (MacKay y Quigley, 2018). La ceguera estructural no es una limitación epistemológica accidental, sino una característica constitutiva del paradigma conductual, dado que su modelo de análisis privilegia sistemáticamente las variables individuales sobre las condiciones materiales que las producen. Cuando se formulan políticas de *nudging* para abordar la obesidad sin modificar los entornos alimentarios obesogénicos, o para reducir el tabaquismo sin desafiar las estrategias de las corporaciones tabacaleras, la política sanitaria incurre en una reducción causal que compromete su eficacia potencial y su legitimidad normativa.

En un desplazamiento hacia un marco teórico más amplio, la perspectiva de la epidemiología crítica ha ofrecido la formulación más sistemática de esta crítica, al sostener que la reducción del análisis de salud al nivel individual opera una transfiguración conceptual que convierte un problema colectivo en un asunto de estilo de vida personal (Breilh, 2021). Esta perspectiva propone sustituir la noción clásica de determinantes sociales, entendidos como factores externos que inciden sobre el individuo, por la categoría de determinación social de la salud, que articula dialécticamente tres dominios, el general de la reproducción social, el particular de los modos de vida de grupo y el individual de los estilos de vida, donde los procesos más complejos imponen condiciones sobre los menos complejos (Breilh, 2021). La implicación analítica de este marco es que el nivel individual, sobre el que opera el *nudge*, se encuentra subsumido en niveles más amplios cuya modificación no puede lograrse mediante intervenciones sobre la arquitectura de elección.

Al considerar un vector específico de dicha crítica, la dimensión de los determinantes comerciales de la salud constituye uno de los vectores más potentes de esta crítica estructural. La literatura reciente ha documentado cómo cuatro industrias específicas, a saber, el tabaco, los alimentos ultraprocesados, los combustibles fósiles y el alcohol, son responsables de al menos un tercio de las muertes evitables a nivel global, mediante prácticas que incluyen el marketing agresivo, el *lobbying* político, la manipulación del conocimiento científico y la captura de los procesos regulatorios (Gilmore *et al.*, 2023; WHO, 2025). Este análisis revela que los entornos que configuran la exposición a los riesgos de ECNT no son fenómenos neutrales, sino el producto de estrategias deliberadas de actores comerciales con intereses estructurales en la persistencia de dichos entornos. La aplicación de *nudges* en tales contextos opera como una respuesta técnica que deja intactas las arquitecturas corporativas que producen el problema.

En conexión con esta dimensión estructural, la literatura sobre políticas de salud ha mostrado, adicionalmente, que las intervenciones conductuales tienden a beneficiar de manera desigual a distintos grupos sociales, ampliando en algunos casos la brecha de salud entre sectores favorecidos y desfavorecidos (Capewell

y Capewell, 2018; MacKay y Quigley, 2018). Este fenómeno, conocido en la literatura epidemiológica como el gradiente de inequidad inverso, se produce porque la capacidad para responder efectivamente a un *nudge* depende de recursos materiales, culturales y cognitivos distribuidos de manera estructuralmente desigual. En contextos de escasez crónica y precariedad, el ancho de banda cognitivo disponible para procesar información sanitaria se encuentra sistemáticamente reducido, lo que torna a los *nudges* especialmente ineficaces entre quienes más los necesitarían (Mani *et al.*, 2013; Mullainathan y Shafir, 2013).

Al trasladar este argumento a un contexto regional específico, en el contexto específico de América Latina y el Caribe, la aplicación acrítica del paradigma conductual resulta particularmente problemática. La región concentra una carga elevada y creciente de ECNT, donde más del 80% de las muertes son atribuibles a estas enfermedades, en coexistencia con condiciones persistentes de pobreza, inseguridad alimentaria, informalidad laboral y déficit estructural de acceso a servicios sanitarios de calidad (Vecino-Ortiz *et al.*, 2024; PAHO, 2024). La adopción del *nudging* como eje articulador de la respuesta sanitaria en estos contextos corre el riesgo de naturalizar como déficits individuales lo que son, en rigor, expresiones de estructuras sociales históricamente configuradas por lógicas extractivas (Breilh, 2021). La invocación del marco conductual en ausencia de transformaciones estructurales opera así como un mecanismo de legitimación del statu quo.

A partir de la convergencia de estos elementos, la articulación entre la *lifestyle drift* y la ceguera estructural del paradigma conductual constituye, por tanto, el núcleo operativo del desplazamiento analizado en este artículo. La política sanitaria basada en el *nudging* no falla por insuficiencia técnica, sino por una limitación constitutiva de su arquitectura analítica, que impide reconocer las escalas causales en las que efectivamente se producen las ECNT (MacKay y Quigley, 2018; Breilh, 2021). Esta limitación no es corregible mediante el perfeccionamiento interno del instrumento, pues su origen reside en la conceptualización misma de la salud como problema de decisión individual. Cuando el enfoque conductual se aplica a un fenómeno cuya determinación opera en los niveles macro de la economía política, el resultado es una desproporción fundamental entre la escala del problema y la escala de la intervención.

De esta constatación se sigue que la consecuencia analítica de esta sección es que el paradigma conductual aplicado a las ECNT opera mediante una elisión sistemática de la determinación social de la salud, sustituyendo los factores estructurales por variables conductuales en la formulación misma del problema sanitario. Esta sustitución es precisamente lo que hace posible la aparente eficacia técnica del *nudge*, pero también lo que compromete radicalmente su capacidad para transformar las condiciones que producen la enfermedad (Breilh, 2021; Glasgow y Schrecker, 2015; MacKay y Quigley, 2018). La identificación de esta ceguera estructural abre el camino hacia la interrogación normativa sobre

las consecuencias del dispositivo y sobre los criterios que deberían orientar su legitimación democrática.

Sobre esta base analítica, el reconocimiento de la ceguera estructural del paradigma conductual en el abordaje de las ECNT conduce necesariamente a una interrogación de carácter normativo. Si las políticas basadas en *nudging* operan mediante la sustitución de determinantes estructurales por variables individuales, entonces la cuestión central ya no radica únicamente en su eficacia o en su coherencia analítica, sino en la legitimidad de los criterios de responsabilidad que instituyen. Por ello, la sección siguiente introduce explícitamente el plano ético y político del problema, orientando el análisis hacia las implicaciones de la responsabilización individual, la producción institucional de estigma y la necesidad de un marco de evaluación basado en la justicia conductual.

Implicaciones normativas: responsabilización, estigma y el criterio de la justicia conductual

La arquitectura de la responsabilidad instituida por el *nudging* en las políticas de ECNT tiene implicaciones normativas que trascienden la discusión técnica sobre su eficacia o su alcance estructural. La cuestión central en este plano consiste en determinar si la imputación de responsabilidad moral que el dispositivo produce puede ser sostenida como criterio legítimo de distribución de cargas sanitarias en contextos caracterizados por desigualdades materiales profundas. Esta pregunta no es meramente académica, dado que la forma en que el Estado distribuye la responsabilidad por la salud determina no sólo quién paga los costos del fracaso sanitario, sino también quién es considerado digno de protección y quién es marcado como responsable de su propia condición (Wikler, 2002).

Desde esta base normativa, la tradición liberal contemporánea ha sostenido que la responsabilidad moral por las conductas de salud presupone el acceso efectivo a las condiciones materiales que hacen posible dichas conductas (Daniels, 2008; Segall, 2010). Esta tesis, que puede reconstruirse desde el enfoque de las capacidades, sostiene que la libertad real de elegir no reside en la ausencia formal de prohibiciones, sino en la disponibilidad efectiva de alternativas valiosas y en el poder sustantivo de convertir recursos en funcionamientos efectivos (Sen, 1999, 2009). Bajo esta concepción, imputar responsabilidad por conductas insalubres a sujetos que carecen de las condiciones materiales para optar de manera distinta constituye una operación éticamente indefendible, independientemente de cuán sofisticada sea la arquitectura de elección diseñada por el planificador.

En continuidad con este marco, la noción de justicia conductual, propuesta en la literatura de salud pública, articula con precisión este criterio normativo al sostener que las personas sólo deben ser consideradas responsables de participar en conductas saludables si tienen pleno acceso a las condiciones que permiten tales conductas (Adler y Stewart, 2009; Puhl y Heuer, 2010). Este principio establece

una asimetría fundamental entre la atribución de responsabilidad y la provisión de condiciones estructurales, dado que la primera sólo puede operar legítimamente como consecuencia de la segunda y no como su sustituto. La justicia conductual no niega la posibilidad de la responsabilidad individual, sino que la condiciona a la realización previa de una obligación estatal de garantizar las condiciones materiales de la elección.

A la luz de este criterio, la evidencia acumulada sobre los efectos de los enfoques centrados en la responsabilización individual en el campo de la obesidad resulta particularmente elocuente en este plano normativo. Diversos estudios han mostrado que las intervenciones sanitarias que enfatizan la responsabilidad personal refuerzan estereotipos negativos, legitiman el rechazo social y producen daño físico y psicológico en las poblaciones a las que dicen proteger (Puhl y Heuer, 2010; Tomiyama *et al.*, 2018). Lejos de motivar cambios conductuales saludables, el estigma asociado al peso induce patrones de atracón, evitación del ejercicio, estrés fisiopatológico crónico y retraso en la búsqueda de atención médica (Puhl y Heuer, 2010). Esta evidencia desmonta la premisa, a veces implícita, de que la presión moral sobre el individuo puede operar como mecanismo eficaz de modificación conductual.

En una extensión institucional de este problema, la dimensión específicamente institucional de este estigma ha sido objeto de un análisis reciente particularmente incisivo, que ha mostrado cómo las políticas sanitarias basadas en el *nudge* pueden operar ellas mismas como mecanismos de producción de estigmas, al apelar al Sistema 1 mediante el uso del temor, el asco o la vergüenza, asociando determinadas conductas con etiquetas de irresponsabilidad moral (Ponce de León Solís, 2025). Esta operación configura un uso del aparato regulatorio que, lejos de neutralizar el estigma preexistente, lo amplifica y lo legitima, al tiempo que lo reviste con la autoridad del discurso sanitario oficial. Las advertencias gráficas en cajetillas de cigarrillos y ciertos etiquetados alimentarios, en tanto son analizados desde esta perspectiva, no son sólo dispositivos de información sino también tecnologías de marcación simbólica.

Desde la perspectiva de los derechos fundamentales, la literatura jurídica ha destacado que, desde la perspectiva de los derechos humanos, los Estados tienen una obligación no sólo de abstenerse de estigmatizar directamente, sino de proteger a las personas frente a los efectos deshumanizadores de la estigmatización por parte de terceros (Ponce de León Solís, 2025). Esta obligación, fundada en el principio de dignidad, establece un límite normativo sustantivo a cualquier tecnología de gobierno que opere mediante la movilización de emociones negativas asociadas a grupos específicos. Cuando el *nudging* se convierte en un vehículo para dicha movilización, incluso si busca fines sanitarios legítimos, compromete una obligación estatal básica que no puede ser sacrificada en aras de la eficiencia instrumental (Ponce de León Solís, 2025).

En diálogo con este enfoque, el enfoque de la igualdad como no subordinación ha ofrecido una articulación complementaria de esta crítica, al sostener que la legitimidad de las políticas públicas no debe medirse exclusivamente por la preservación de la autonomía formal, sino también por su capacidad para desmantelar jerarquías sociales preexistentes y para evitar que los grupos desaventajados carguen de manera desproporcionada con los costos de las intervenciones (Ponce de León Solís, 2021). Bajo este enfoque, un *nudge* puede ser formalmente respetuoso de la libertad de elección y, al mismo tiempo, sustantivamente injusto si refuerza la marginación de quienes, por su posición estructural, carecen de los recursos para responder a la arquitectura de decisión diseñada por el planificador. La evaluación normativa del instrumento debe atender, por tanto, tanto a su forma como a sus efectos distributivos sobre los ejes de subordinación social.

Al desplazar el foco hacia la dimensión procedimental, la cuestión del consentimiento democrático constituye un tercer nivel de interrogación normativa al dispositivo. La literatura ética ha distinguido entre *nudges* transparentes, cuyo mecanismo e intención pueden ser reconstruidos por el sujeto empujado, y *nudges* opacos, que operan bajo el radar de la conciencia reflexiva (Hansen y Jespersen, 2013). Esta distinción tiene implicaciones democráticas sustantivas, dado que las intervenciones que operan de manera no transparente vulneran el principio básico de publicidad que debería caracterizar a la acción estatal en una sociedad democrática (Bovens, 2009; Hansen y Jespersen, 2013). La apelación a la eficacia no puede constituir una justificación suficiente para eludir este requisito, pues precisamente la posibilidad del escrutinio público sobre las intenciones estatales forma parte constitutiva del contrato democrático.

Frente a estas objeciones, la defensa ética contemporánea del *nudging* ha respondido a estas objeciones subrayando que las intervenciones conductuales pueden operar como habilitadoras de la autonomía cuando ayudan al sujeto a cerrar la brecha entre intención y acción, y no como sustitutos de ella (De Quintana, 2021; Sunstein, 2016). Esta línea argumental es analíticamente relevante, dado que permite evitar una condena absoluta del instrumento y abre la posibilidad de una evaluación diferenciada según sus usos concretos. No obstante, el carácter habilitador de un *nudge* depende de manera crucial del contexto estructural en el que opera, y en particular de si las condiciones materiales básicas de la elección han sido previamente garantizadas. En ausencia de tales condiciones, la pretensión de habilitar la autonomía mediante el diseño de la arquitectura de decisión opera como una ficción regulatoria que naturaliza la precariedad.

Sobre la base de estas consideraciones, la integración de estos diversos planos normativos permite formular un criterio sustantivo de legitimación del uso del *nudging* en políticas de ECNT, anclado en la noción de justicia conductual y articulado en torno a tres condiciones acumulativas. Una primera condición exige que el uso del instrumento esté precedido por la provisión estatal efectiva de las condiciones materiales mínimas que hacen posible la conducta saludable,

lo que supone intervenir previamente sobre los determinantes comerciales, los entornos alimentarios y las condiciones laborales que configuran la exposición diferencial al riesgo (Adler y Stewart, 2009; WHO, 2025). Esta condición traduce operativamente el principio según el cual la responsabilidad individual sólo puede imputarse legítimamente una vez garantizada la responsabilidad estatal por las condiciones de la elección.

En desarrollo de este criterio, una segunda condición exige que el diseño del *nudge* respete el principio de transparencia epistémica, en el sentido de que sus mecanismos e intenciones puedan ser reconstruidos por los sujetos empujados, de manera que estos conserven la posibilidad del escrutinio reflexivo sobre la acción estatal (Hansen y Jespersen, 2013). Esta condición traduce el requisito democrático básico de publicidad al terreno específico de las intervenciones conductuales. Una tercera condición exige que la implementación del instrumento no produzca, directa ni indirectamente, efectos estigmatizantes sobre los grupos vulnerables, lo que implica someter cada política a una evaluación rigurosa de sus impactos diferenciales sobre los ejes de subordinación social (Ponce de León Solís, 2021, 2025). Esta condición opera como un umbral de inaceptabilidad que toda intervención debe satisfacer antes de ser considerada legítima.

Bajo estas condiciones, la consecuencia normativa de este análisis es que el *nudging*, en tanto instrumento de política sanitaria para el control de ECNT, solo puede adquirir legitimidad democrática bajo condiciones estructurales y procedimentales que hoy en día distan de estar garantizadas. El marco de la justicia conductual no implica una condena *in toto* del instrumento, sino el establecimiento de un conjunto exigente de requisitos que deben cumplirse antes de que su uso pueda considerarse éticamente defendible (Adler y Stewart, 2009; Puhl y Heuer, 2010). La centralidad de este marco para la evaluación del dispositivo reside en su capacidad para articular, en un único criterio de legitimación, los planos material, procedimental y simbólico que configuran la responsabilidad sanitaria en las sociedades contemporáneas.

Conclusiones

La indagación sobre las políticas de salud pública contemporáneas revela que el diseño conductual aplicado a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles trasciende la mera neutralidad técnica para constituirse como una tecnología de poder. Al examinar la arquitectura de la responsabilidad subyacente a estas intervenciones, se advierte un desplazamiento sistemático de la causalidad causal, donde la carga epidemiológica producida por entornos materiales desiguales se transfiere hacia la dimensión cognitiva individual. Tal reconfiguración asume la forma de una política de la mente que, bajo el amparo normativo del paternalismo libertario, instituye al sujeto como administrador exclusivo de su capital biológico,

eludiendo las determinaciones estructurales y macroeconómicas que restringen su agencia real.

En el plano conceptual, el examen de los fundamentos del diseño ambiental permite desarticular la patologización del sesgo cognitivo sobre la cual se erige el paradigma conductual. Al oponer la noción de racionalidad ecológica a la dicotomía tradicional entre agentes ideales y sujetos defectuosos, se evidencia que las decisiones en materia de salud suelen responder a adaptaciones racionales frente a entornos de alta incertidumbre y precariedad estructural. De este modo, se consolida la crítica a la deriva del estilo de vida, entendida como una operación institucional que individualiza el riesgo social. Se constata así que la aparente eficacia de la intervención conductual se sostiene sobre una ceguera estructural constitutiva, la cual tiende a invisibilizar el impacto de los determinantes comerciales y las lógicas de acumulación bajo la retórica de la optimización decisional.

La traslación de estos hallazgos al campo de la regulación sanitaria exige una reestructuración profunda de los criterios de legitimidad democrática. La exigencia de responsabilidad individual debe quedar estrictamente subordinada al principio de justicia conductual, lo cual implica que el Estado tiene la obligación ineludible de garantizar entornos materiales habilitantes antes de intervenir sobre la arquitectura cognitiva. En términos prácticos, la formulación de políticas preventivas requiere abandonar el uso de mecanismos no deliberativos que generen externalidades estigmatizantes o reproduzcan jerarquías sociales. Las intervenciones basadas en la modificación del entorno de decisión resultan normativamente aceptables cuando satisfacen criterios rigurosos de transparencia epistémica y cuando operan como un complemento posterior, no como un sustituto, de la regulación estricta de los determinantes ambientales.

A partir de estas coordenadas, se configura una agenda de investigación expansiva orientada a explorar las intersecciones entre la gobernanza conductual y las asimetrías materiales profundas, particularmente en contextos con alta inequidad como América Latina y el Caribe. Resulta imperioso desarrollar estudios empíricos que analicen cómo las intervenciones digitales y la gamificación sanitaria transforman los procesos de subjetivación en poblaciones marginadas, evaluando si estas tecnologías profundizan el gradiente de inequidad inverso al exigir un ancho de banda cognitivo del que carecen los sectores vulnerables. Asimismo, se requiere una indagación pormenorizada sobre los efectos iatrogénicos del diseño ambiental desde una perspectiva interseccional, mapeando las formas en que la imputación de responsabilidad moral impacta de manera diferenciada según vectores de clase, género y racialización en sistemas de salud fragmentados.

En última instancia, la problematización de la arquitectura de la elección invita a reconsiderar el fundamento ontológico y político de la salud pública contemporánea. La restitución de la enfermedad crónica al dominio de la determinación social exige desarticular la ilusión de que el bienestar colectivo puede alcanzarse

mediante la mera corrección de los automatismos psicológicos. Enfrentar los desafíos epidemiológicos de la presente demanda transitar desde una racionalidad centrada en el emprendedurismo del yo hacia una política de los bienes comunes que reconozca la interdependencia material de la vida humana. Solo mediante la politización de los entornos y la recuperación de la solidaridad como principio estructurante de la protección estatal parece posible concebir un horizonte sanitario emancipador, capaz de trascender la administración técnica de la precariedad.

Referencias bibliográficas

- Adler, N. E. y Stewart, J. (2009). Reducing obesity: Motivating action while not blaming the victim. *The Milbank Quarterly*, 87(1), 49-70. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00547.x>
- Berg, N. y Gigerenzer, G. (2010). As-if behavioral economics: Neoclassical economics in disguise? *History of Economic Ideas*, 18(1), 133-166.
- Bovens, L. (2009). The ethics of nudge. En T. Grüne-Yanoff y S. O. Hansson (Eds.), *Preference change: Approaches from philosophy, economics and psychology* (pp. 207-219). Springer. https://doi.org/10.1007/978-90-481-2593-7_10
- Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Oxford University Press.
- Capewell, S. y Capewell, A. (2018). An effectiveness hierarchy of preventive interventions: Neglected paradigm or self-evident truth? *Journal of Public Health*, 40(2), 350-358. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdx055>
- Crawshaw, P. y Gray, J. (2026). Health inequalities in crisis times: Questions for global health governance. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 56(2), 150-160. <https://doi.org/10.1177/27551938251381110>
- Daniels, N. (2008). *Just health: Meeting health needs fairly*. Cambridge University Press.
- De Quintana, J. (2021). What is wrong with nudges? Addressing normative objections to the aims and the means of nudges. *GAPP: Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 25, 23-37. <https://doi.org/10.24965/gapp.i25.10865>
- Dolan, P., Hallsworth, M., Halpern, D., King, D., Metcalfe, R. y Vlaev, I. (2012). Influencing behaviour: The MINDSPACE way. *Journal of Economic Psychology*, 33(1), 264-277. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2011.10.009>
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-79*. Palgrave Macmillan.
- Gane, N. (2021). Nudge economics as libertarian paternalism. *Theory, Culture & Society*, 38(6), 119-142. <https://doi.org/10.1177/0263276421999447>

- Gigerenzer, G. (2015). *Simply rational: Decision making in the real world*. Oxford University Press.
- Gigerenzer, G. y Gaissmaier, W. (2011). Heuristic decision making. *Annual Review of Psychology*, 62, 451-482. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120709-145346>
- Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H.-J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., Maranha Paes de Carvalho, C., Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., Tangcharoensathien, V. y Thow, A. M. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*, 401(10383), 1194-1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
- Glasgow, S. y Schrecker, T. (2015). The double burden of neoliberalism? Noncommunicable disease policies and the global political economy of risk. *Health & Place*, 34, 279-286. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.06.005>
- Hansen, P. G. y Jespersen, A. M. (2013). Nudge and the manipulation of choice: A framework for the responsible use of the nudge approach to behaviour change in public policy. *European Journal of Risk Regulation*, 4(1), 3-28. <https://doi.org/10.1017/S1867299X00002762>
- Hausman, D. M. y Welch, B. (2010). Debate: To nudge or not to nudge. *Journal of Political Philosophy*, 18(1), 123-136. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2009.00351.x>
- Jones, R., Pykett, J. y Whitehead, M. (2013). *Changing behaviours: On the rise of the psychological state*. Edward Elgar.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. Farrar, Straus and Giroux.
- Keren, G. y Schul, Y. (2009). Two is not always better than one: A critical evaluation of two-system theories. *Perspectives on Psychological Science*, 4(6), 533-550. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01164.x>
- Lemke, T. (2001). 'The birth of bio-politics': Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy and Society*, 30(2), 190-207. <https://doi.org/10.1080/03085140120042271>
- MacKay, K. y Quigley, M. (2018). Exacerbating inequalities? Health policy and the behavioural sciences. *Health Care Analysis*, 26(4), 480-497. <https://doi.org/10.1007/s10728-018-0357-y>
- Maier, M., Bartoš, F., Stanley, T. D., Shanks, D. R., Harris, A. J. L. y Wagenmakers, E.-J. (2022). No evidence for nudging after adjusting for publication bias. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(31), e2200300119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2200300119>

- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E. y Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science*, 341(6149), 976-980. <https://doi.org/10.1126/science.1238041>
- Mertens, S., Herberz, M., Hahnel, U. J. J. y Brosch, T. (2022). The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(1), e2107346118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2107346118>
- Mullainathan, S. y Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why having too little means so much*. Times Books.
- Murayama, H., Takagi, Y., Tsuda, H. y Kato, Y. (2023). Applying nudge to public health policy: Practical examples and tips for designing nudge interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3962. <https://doi.org/10.3390/ijerph20053962>
- Pan American Health Organization. (PAHO). (2024). *Social determinants of health in the region of the Americas*. PAHO.
- Peeters, R. (2013). Responsibilisation on government's terms: New welfare and the governance of responsibility and solidarity. *Social Policy and Society*, 12(4), 583-595. <https://doi.org/10.1017/S1474746413000018>
- Peeters, R. y Schuilenburg, M. (2017). The birth of mind politics: Understanding nudging in public health policy. *Social Theory and Health*, 15(2), 138-159. <https://doi.org/10.1057/s41285-016-0024-z>
- Ponce de León Solís, V. (2021). El nudge desde la perspectiva de la igualdad como no subordinación. *Revista Chilena de Derecho*, 48(1), 29-53. <https://doi.org/10.7764/R.481.2>
- Ponce de León Solís, V. (2025). Derecho, nudge y salud: ¿modificando la conducta a través del estigma? *Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho*, 49, 189-218. <https://doi.org/10.14198/doxa.29348>
- Popay, J., Whitehead, M. y Hunter, D. J. (2010). Injustice is killing people on a large scale: But what is to be done about it? *Journal of Public Health*, 32(2), 148-149. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq029>
- Puhl, R. M. y Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: Important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100(6), 1019-1028. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.159491>
- Rose, N. (2009). *Powers of freedom: Reframing political thought*. Cambridge University Press.
- Schmidt, A. T. y Engelen, B. (2020). The ethics of nudging: An overview. *Philosophy Compass*, 15(4), e12658. <https://doi.org/10.1111/phc3.12658>
- Schramme, T. (2024). Why health-enhancing nudges fail. *Health Care Analysis*, 32(1), 33-46. <https://doi.org/10.1007/s10728-023-00459-7>

- Segall, S. (2010). *Health, luck, and justice*. Princeton University Press.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Alfred A. Knopf.
- Sen, A. (2009). *The idea of justice*. Belknap Press of Harvard University Press.
- Sunstein, C. R. (2014). *Why nudge? The politics of libertarian paternalism*. Yale University Press.
- Sunstein, C. R. (2016). *The ethics of influence: Government in the age of behavioral science*. Cambridge University Press.
- Szaszi, B., Higney, A., Charlton, A., Gelman, A., Ziano, I., Aczel, B., Goldstein, D. G., Yeager, D. S. y Tipton, E. (2022). No reason to expect large and consistent effects of nudge interventions. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(31), e2200732119. <https://doi.org/10.1073/pnas.2200732119>
- Thaler, R. H. y Sunstein, C. R. (2003). Libertarian paternalism. *American Economic Review*, 93(2), 175-179. <https://doi.org/10.1257/000282803321947001>
- Thaler, R. H. y Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
- Todd, P. M. y Gigerenzer, G. (2012). *Ecological rationality: Intelligence in the world*. Oxford University Press.
- Tomiyaama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R. y Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC Medicine*, 16(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- Vecino-Ortiz, A. I., Trujillo, A. J., Hernandez-Leal, M. J. y Bishai, D. (2024). The role of demographic and epidemiologic transitions on growing health expenditures in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Regional Health – Americas*, 33, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2024.100742>
- Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473-478. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037242>
- Wikler, D. (2002). Personal and social responsibility for health. *Ethics & International Affairs*, 16(2), 47-55. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7093.2002.tb00396.x>
- World Health Organization. (WHO). (2025). *World report on social determinants of health equity*. World Health Organization.
- Yang, R. y Han, Y. (2025). Digital nudges and gamification: How the China state promotes citizens to manage chronic diseases in neighborhoods. *BMC Public Health*, 25, 3928. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-25381-6>

Contribución de autoría

Fernando Ramos-Zaga: conceptualización; investigación; metodología; visualización; redacción; revisión.

Disponibilidad de datos

El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.

Nota

Aprobado por Joaquín Cardeillac (editor responsable).