

INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN SALUD PÚBLICA: MARCO REGULATORIO DE SUFICIENCIA Y EQUIDAD PARA EL DERECHO CHILENO¹

BEHAVIORAL INTERVENTIONS IN PUBLIC HEALTH: A REGULATORY FRAMEWORK OF SUFFICIENCY AND EQUITY FOR CHILEAN LAW

Fernando Ramos-Zaga*

Resumen

La creciente utilización de intervenciones conductuales en políticas sanitarias, especialmente en sistemas marcados por desigualdades estructurales, ha reabierto el debate sobre los límites normativos del poder persuasivo del Estado. El objetivo del artículo es analizar los criterios normativos y jurídicos que determinan la legitimidad del uso de técnicas de *nudging* en políticas sanitarias, evaluando su compatibilidad con el estándar de suficiencia sanitaria, la equidad distributiva y la autonomía frente a la manipulación conductual. Los resultados muestran que la legitimidad del *nudging* exige su anclaje en el umbral de funcionamiento normal y en la protección del rango de oportunidades, así como su sometimiento a estándares jurídicos de necesidad instrumental, proporcionalidad, transparencia, equidad y control jurisdiccional, estableciendo además la prioridad del *boosting* como expresión de mínima intrusión. Se concluye que el *nudging* solo es justificable cuando

¹ Artículo recibido el 30 de septiembre de 2025 y aceptado el 21 de junio de 2026.

* Doctorando en Gestión Pública y Gobernabilidad, Escuela de Posgrado, Universidad César Vallejo, Perú.  0000-0001-6301-9460. Dirección postal: Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos, Lima, Perú. Correo electrónico: fernandozaga@gmail.com.

opera como mecanismo de habilitación de la agencia dentro de un marco regulatorio robusto que prevenga la manipulación y la profundización de desigualdades sanitarias.

Palabras clave:

Políticas sanitarias, Suficiencia sanitaria, Funcionamiento normal, Autonomía, Dignidad.

Abstract

The growing use of behavioral interventions in health policy, particularly within systems marked by structural inequalities, has reignited the debate over the normative limits of the State's persuasive power. This article analyzes the normative and legal criteria that determine the legitimacy of nudging techniques in health policy, assessing their compatibility with the standard of health sufficiency, distributive equity, and autonomy in the face of behavioral manipulation. The findings indicate that the legitimacy of nudging requires its grounding in the threshold of normal functioning and the protection of individuals' range of opportunities, as well as its subjection to legal standards of instrumental necessity, proportionality, transparency, equity, and judicial review. The analysis further establishes the normative priority of boosting as an expression of minimal intrusion upon deliberative autonomy. It is concluded that nudging is justifiable only when it operates as a mechanism that enables agency within a robust regulatory framework capable of preventing manipulation and the deepening of health inequalities.

Keywords:

Health policy, Health sufficiency, Normal functioning, Autonomy, Dignity.

1. INTRODUCCIÓN

Las políticas de salud pública enfrentan crecientes dificultades para modificar conductas asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia se distribuye de manera desigual según el nivel socioeco-

nómico y el entorno regulatorio. En este contexto, las técnicas de *nudging* han adquirido centralidad como instrumentos de bajo costo y alta escalabilidad para orientar decisiones individuales sin recurrir a prohibiciones ni a incentivos económicos directos². Sin embargo, su expansión en ámbitos como la alimentación, la donación de órganos o la prevención de enfermedades metabólicas ha reactivado interrogantes normativos relativos a su legitimidad, particularmente cuando las intervenciones se dirigen a poblaciones estructuralmente vulnerables³.

Desde el punto de vista teórico, el *nudging* se apoya en dos presupuestos centrales: la no neutralidad del contexto decisorio y la racionalidad limitada de los agentes⁴. La arquitectura de elección configura inevitablemente las condiciones bajo las cuales se adoptan decisiones, activando heurísticos y sesgos cognitivos identificados por la psicología conductual⁵. Sobre esta base, el paternalismo libertario sostiene que es posible orientar conductas preservando la libertad formal de elección⁶. No obstante, las críticas han subrayado que la intervención sobre procesos cognitivos puede comprometer dimensiones sustantivas de la autonomía y, en ciertos casos, afectar la dignidad del destinatario⁷.

Pese al desarrollo conceptual y empírico del campo, persiste una brecha relevante en la articulación entre la justificación distributiva de las políticas sanitarias y los límites ético-jurídicos de las intervenciones conductuales. La literatura ha analizado extensamente la eficacia de los nudges y su compatibilidad abstracta con la autonomía, pero con menor frecuencia ha integrado estos debates con un estándar sustantivo de justicia sanitaria que permita

2 THALER y SUNSTEIN (2008), pp. 4-6.

3 OCDE (2019), pp. 21-23.

4 SUNSTEIN (2014), pp. 17-19; SIMON (1955), pp. 99-101.

5 TVERSKY y KAHNEMAN (1974), pp. 1124-1127; KAHNEMAN (2011), pp. 20-24.

6 SUNSTEIN (2014), pp. 52-55.

7 HAUSMAN y WELCH (2010), pp. 126-128; WALDRON (2014).

distinguir entre necesidades y preferencias en salud⁸. Asimismo, la traducción de tales criterios a marcos regulatorios específicos, especialmente en sistemas sanitarios segmentados, continúa siendo insuficientemente explorada⁹.

La investigación se justifica, por tanto, en la necesidad de evaluar la legitimidad del *nudging* no solo en términos de resultados conductuales, sino a la luz de un estándar normativo que delimite las obligaciones estatales en salud. El modelo de suficiencia sanitaria propuesto por Daniels ofrece un umbral operativo basado en la protección del funcionamiento normal y del rango de oportunidades de los ciudadanos¹⁰. Integrar este enfoque con las exigencias de autonomía, proporcionalidad y equidad permite superar aproximaciones que reducen la discusión a una tensión binaria entre eficacia y libertad formal.

Las implicaciones prácticas de este análisis son significativas para el diseño institucional. La evidencia muestra que los efectos de las intervenciones conductuales pueden variar según el nivel educativo y socioeconómico, e incluso generar resultados distributivamente ambiguos¹¹. De igual modo, experiencias regulatorias en materia de etiquetado alimentario han evidenciado impactos diferenciados entre grupos poblacionales¹². Tales hallazgos sugieren la necesidad de incorporar evaluaciones de impacto en equidad y mecanismos de rendición de cuentas que permitan monitorear efectos no previstos, incluidos fenómenos de desplazamiento conductual¹³.

El debate adquiere particular relevancia frente a desafíos contemporáneos asociados a la digitalización de los entornos de decisión y al uso de intervenciones personalizadas mediadas algorítmicamente. La emergencia de hypernudges plantea riesgos adicionales de opacidad y asimetría cognitiva

8 DANIELS (2008), pp. 29-33.

9 ALEMANNO y SPINA (2014), pp. 431-434.

10 DANIELS (2001), pp. 2-4; DANIELS (2008), pp. 36-39.

11 GOYDER et al. (2016), pp. 133-135; STUBER et al. (2022), pp. 4-6.

12 TAILLIE et al. (2020), pp. 8-10.

13 APPELUIIS et al. (2025), pp. 3-5.

entre regulador y destinatario¹⁴. En paralelo, organismos internacionales han promovido la institucionalización de unidades conductuales en el sector público, ampliando el alcance de estas herramientas en la gobernanza sanitaria¹⁵. La expansión de tales dispositivos exige marcos normativos capaces de equilibrar innovación regulatoria y garantías democráticas.

En este contexto, el objetivo general del artículo es analizar los criterios normativos y jurídicos que determinan la legitimidad del uso de técnicas de *nudging* en las políticas sanitarias, evaluando su compatibilidad con el estándar de suficiencia sanitaria, las exigencias de equidad distributiva y las garantías de autonomía frente a la manipulación conductual. La contribución consiste en integrar la reconstrucción epistemológica y taxonómica del con el modelo danielsiano de justicia sanitaria y en proponer estándares jurídicos operativos que orienten su aplicación en sistemas de salud con desigualdades estructurales. Con ello se busca ofrecer un marco analítico que permita evaluar cada intervención conductual de manera contextualizada, evitando tanto su aceptación acrítica como su rechazo categórico.

2. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL *NUDGING* EN POLÍTICAS PÚBLICAS

La intervención conductual en políticas públicas descansa sobre un conjunto de presupuestos epistemológicos cuya articulación precisa resulta indispensable para cualquier análisis normativo posterior. El concepto de nudge, tal como fue formulado originalmente, designa cualquier aspecto de la arquitectura de elección que altera el comportamiento de las personas de manera predecible sin prohibir ninguna opción ni modificar de forma significativa los incentivos económicos¹⁶. Esta definición, aparentemente sencilla, condensa tres elementos estructurales que requieren desagregación analítica: la noción de arquitectura de elección como condición ontológica

14 YEUNG (2017), pp. 120-123.

15 OCDE (2024), pp. 15-18.

16 THALER y SUNSTEIN (2008), p. 6.

de toda decisión, la operación sobre mecanismos cognitivos específicos y la preservación formal del conjunto de alternativas disponibles para el agente decisor.

En ese marco conceptual, el primer presupuesto teórico del *nudging* es la tesis de la no neutralidad del contexto decisorio. Toda situación en la que un individuo debe elegir entre alternativas está configurada por un entorno que incluye la disposición física o informativa de las opciones, la existencia de una alternativa por defecto, el orden de presentación y la saliencia relativa de cada elemento. No existe, en sentido estricto, un diseño neutral del entorno de decisión; cualquier configuración favorece determinados resultados sobre otros¹⁷. Esta observación, que podría parecer trivial, constituye en realidad el fundamento epistemológico que distingue al *nudging* de la mera inacción estatal: si el entorno decisorio siempre está diseñado por alguien, la pregunta relevante no es si intervenir en la arquitectura de elección, sino cómo hacerlo y con qué criterios. La arquitectura de elección se refiere, en términos operativos, al diseño de las diferentes formas en que se presentan las opciones y al impacto que dicha presentación ejerce sobre la toma de decisiones¹⁸.

Junto con esta premisa ontológica del contexto decisorio, el segundo presupuesto es de naturaleza psicológica y se articula en torno a la teoría del procesamiento dual de la cognición humana. La distinción entre el Sistema 1, rápido, automático, heurístico y emocionalmente cargado, y el Sistema 2, lento, deliberativo, analítico y controlado, proporciona la base empírica sobre la cual se construye la lógica de la intervención conductual¹⁹. Los seres humanos recurren de forma sistemática a atajos cognitivos, heurísticos, que, si bien resultan adaptativos en contextos de incertidumbre, producen desviaciones predecibles y recurrentes respecto de lo que un modelo de racionalidad completa prescribiría. Estos sesgos cognitivos incluyen, entre

17 SUNSTEIN (2014), pp. 18-20.

18 ALEMANNIO y SPINA (2014), p. 432.

19 KAHNEMAN (2011), pp. 20-30.

otros, el sesgo de statu quo, el efecto de anclaje, la aversión a la pérdida, el sesgo de disponibilidad y el efecto de encuadre²⁰. El programa de investigación iniciado con la identificación de heurísticos y sesgos ha generado un cuerpo de evidencia suficientemente robusto como para sostener que la racionalidad humana es limitada (*bounded rationality*), no en el sentido de que los agentes sean irracionales, sino en el de que sus capacidades cognitivas operan bajo restricciones de atención, memoria y procesamiento que condicionan sistemáticamente sus elecciones²¹.

A partir de este trasfondo psicológico, el *nudging* opera mediante la manipulación deliberada de elementos del entorno decisorio que activan o desactivan determinados mecanismos cognitivos. No se trata de proporcionar nueva información ni de alterar la estructura de incentivos, operaciones propias de otros instrumentos regulatorios, sino de reorganizar la presentación de las opciones existentes para que el comportamiento resultante se ajuste a un objetivo predeterminado por el arquitecto de la decisión. Esta lógica operativa ha sido descrita como un moldear (*shaping*) que utiliza las limitaciones en la toma de decisiones humana para orientar las elecciones hacia una alternativa específica²². La distinción es relevante porque permite separar conceptualmente al *nudging* de tres categorías regulatorias adyacentes con las que frecuentemente se confunde.

Esa necesidad de delimitación conceptual aparece con claridad cuando se examina la relación del *nudging* con la coacción regulatoria, mandatos y prohibiciones. El *nudging* se distingue de estas formas de intervención en que no elimina ninguna alternativa del conjunto de opciones disponible ni impone sanciones jurídicas por la elección de una opción determinada. Mientras que una prohibición de venta de ciertos productos alimenticios restringe directamente la libertad negativa del agente, un *nudge* que reubica esos productos en una posición menos visible del estante preserva

20 TVERSKY y KAHNEMAN (1974), pp. 1124-1131.

21 SIMON (1955), pp. 99-104.

22 HAUSMAN y WELCH (2010), pp. 124-126.

formalmente el acceso a todas las alternativas²³. Esta preservación formal del conjunto de elección es lo que permite a los defensores del paternalismo libertario sostener que el *nudging* no constituye una restricción de la libertad en sentido jurídico relevante.

En una dirección distinta, aunque igualmente necesaria para precisar la categoría, el *nudging* se diferencia de los incentivos económicos, impuestos, subsidios, transferencias condicionadas, en que no modifica la estructura de costes y beneficios asociada a cada alternativa. Un impuesto al azúcar incrementa el precio relativo de los productos azucarados, alterando el cálculo racional del consumidor; un *nudge* informativo que coloca una etiqueta de advertencia en el mismo producto opera sobre la saliencia cognitiva de la información nutricional sin modificar el precio²⁴. La distinción no es meramente formal, sino que afecta a la estructura de legitimación de cada instrumento: los incentivos económicos presuponen un agente racional que responde a señales de precio, mientras que el *nudging* presupone un agente cognitivamente limitado que responde a señales de contexto.

Algo similar ocurre cuando se lo compara con la provisión de información, categoría con la que el *nudging* mantiene una frontera particularmente porosa. La provisión de información, en su formulación canónica, busca corregir asimetrías informativas proporcionando datos relevantes que el agente puede incorporar a su proceso deliberativo. El *nudge* informativo, en cambio, no se limita a proporcionar datos, sino que organiza la presentación de esos datos de modo que active sesgos cognitivos específicos, como el efecto de encuadre o el sesgo de saliencia, para orientar la conducta²⁵. La diferencia entre informar al consumidor de que un producto contiene 30 gramos de azúcar por porción y advertirle mediante un sello negro octogonal con la leyenda *alto en azúcares* ilustra esta distinción: ambos proporcionan

23 HANSEN et al. (2016), pp. 239-241.

24 THALER y SUNSTEIN (2008), pp. 5-8.

25 SCHMIDT y ENGELEN (2020), pp. 3-5.

información, pero el segundo opera adicionalmente sobre mecanismos de aversión a la pérdida y de saliencia visual que exceden la mera corrección de asimetrías informativas.

Una vez delimitadas estas fronteras conceptuales, la taxonomía de las intervenciones *nudge* requiere categorías analíticas estables que permitan clasificar las diferentes modalidades según su mecanismo de operación sobre la cognición del agente. Una primera clasificación, ampliamente aceptada en la literatura, distingue entre *nudges* de tipo 1 y *nudges* de tipo 2. Los *nudges* de tipo 1 operan directamente sobre el Sistema 1 de procesamiento cognitivo, activando respuestas automáticas, irreflexivas y emocionalmente mediadas; los *nudges* de tipo 2, en cambio, buscan activar el Sistema 2, promoviendo la deliberación consciente y el razonamiento analítico del agente²⁶. Esta distinción tiene consecuencias operativas directas: un cambio en la opción por defecto, como la inscripción automática en un programa de donación de órganos con posibilidad de exclusión, opera predominantemente sobre el sesgo de statu quo del Sistema 1, mientras que una advertencia informativa detallada en el etiquetado de alimentos busca activar el procesamiento deliberativo del Sistema 2²⁷.

Dentro de ese mismo esfuerzo clasificatorio, una segunda taxonomía, de mayor granularidad operativa, clasifica las intervenciones según la naturaleza del mecanismo utilizado. Las opciones por defecto (*defaults*) constituyen la modalidad más estudiada y consisten en la preasignación de una alternativa que se aplica automáticamente si el agente no realiza una acción afirmativa de exclusión (*opt-out*). Su eficacia descansa sobre la combinación del sesgo de statu quo, la inercia decisional y la percepción implícita de la opción por defecto como recomendación del diseñador²⁸. Los reencuadres (*framing*) alteran la presentación de información idéntica para activar diferentes evaluaciones cognitivas; presentar una tasa de supervivencia del 90% en lugar

26 SAGHAI (2013), pp. 488-490.

27 HANSEN et al. (2016), pp. 242-244.

28 JOHNSON y GOLDSTEIN (2003), pp. 1338-1339.

de una tasa de mortalidad del 10% modifica sustancialmente las preferencias de los pacientes sin alterar el contenido informativo²⁹. Las simplificaciones reducen la carga cognitiva del agente mediante la eliminación de obstáculos burocráticos, la clarificación de formularios o la reducción del número de opciones a evaluar. Las normas sociales informan al agente sobre el comportamiento prevalente en su grupo de referencia, activando mecanismos de conformidad social y presión normativa implícita³⁰. Las modificaciones arquitectónicas del entorno físico reorganizan la disposición espacial de las opciones, como la ubicación de alimentos saludables a la altura de los ojos en comedores escolares, para alterar la probabilidad de selección sin modificar la disponibilidad³¹.

A estas clasificaciones basadas en el mecanismo de influencia, se añade una tercera dimensión taxonómica especialmente relevante para el análisis de la personalización. Esta distingue entre *nudges* universales, diseñados para aplicarse de manera uniforme a toda la población objetivo, y *nudges* personalizados, que ajustan tanto el resultado buscado como el método de influencia a las características individuales del destinatario. La personalización puede operar sobre dos ejes independientes: la personalización de la elección (*choice personalization*), que utiliza datos de heterogeneidad para determinar el resultado óptimo hacia el cual orientar a un individuo específico, y la personalización de la entrega (*delivery personalization*), que identifica el método de influencia más eficaz para cada persona en función de sus características cognitivas³². Esta distinción adquiere relevancia práctica en el contexto de las plataformas digitales de compra de alimentos, donde la arquitectura de elección puede ajustarse algorítmicamente en tiempo real, configurando lo que se ha denominado *hypernudge*: una intervención dinámica, opaca y algorítmicamente mediada que opera sobre el entorno informativo del usuario de forma imperceptible³³.

29 TVERSKY y KAHNEMAN (1981), pp. 453-455.

30 CIALDINI y GOLDSTEIN (2004), pp. 594-598.

31 WANSINK (2004), pp. 457-460.

32 MILLS (2020), pp. 2-4.

33 YEUNG (2017), pp. 122-126.

En contraste con esta lógica de intervención sobre el entorno decisorio, resulta necesario distinguir al *nudging* del *boosting*, una categoría de intervención conductual que comparte con aquel el objetivo de mejorar las decisiones individuales, pero que difiere radicalmente en su mecanismo operativo. Mientras que el *nudging* modifica el entorno externo de decisión asumiendo que el repertorio cognitivo del agente es relativamente fijo, el *boosting* interviene sobre las competencias internas del agente, sus habilidades de razonamiento, su alfabetización estadística, su capacidad de autorregulación, con el objetivo de empoderar su capacidad decisoria autónoma³⁴. La diferencia no es meramente técnica: el *boosting* requiere la cooperación activa y consciente del individuo, es necesariamente transparente y sus efectos persisten tras la retirada de la intervención, precisamente porque modifican el repertorio de competencias del agente y no meramente su entorno³⁵. Esta distinción resulta analíticamente indispensable para evaluar, en secciones posteriores, las condiciones bajo las cuales la intervención conductual estatal se mantiene dentro del ámbito de la habilitación de la agencia o traspasa la frontera de la manipulación.

Desde esta reconstrucción conceptual, la cartografía conceptual trazada en esta sección permite establecer, con la precisión requerida por el análisis jurídico, que el *nudging* constituye una categoría regulatoria diferenciada que no se reduce a la coacción, los incentivos económicos ni la provisión de información, pero que comparte con cada una de estas categorías elementos de frontera cuya delimitación exige un examen caso por caso. Sus modalidades operativas son heterogéneas, desde opciones por defecto que explotan la inercia del Sistema 1 hasta advertencias informativas que buscan activar la deliberación del Sistema 2, y esta heterogeneidad interna tiene consecuencias directas para cualquier evaluación normativa que pretenda ir más allá de un juicio global sobre el *nudging* como categoría unitaria.

34 HERTWIG y GRÜNE-YANOFF (2017), pp. 975-978.

35 HERZOG y HERTWIG (2025), pp. 855-860.

La reconstrucción epistemológica y la clasificación funcional del *nudging* realizadas en esta sección han permitido delimitar con precisión su estructura conceptual, sus mecanismos cognitivos y sus diferencias respecto de otros instrumentos regulatorios. Sin embargo, la clarificación descriptiva y taxonómica no resuelve aún la cuestión decisiva relativa a los fines legítimos que pueden justificar su empleo en el ámbito sanitario. En consecuencia, la sección siguiente introduce el estándar sustantivo de suficiencia sanitaria como criterio normativo para determinar cuándo una intervención conductual puede inscribirse dentro de las obligaciones de justicia del sistema de salud y cuándo excede dicho marco justificatorio.

3. EL ESTÁNDAR DE SUFICIENCIA SANITARIA Y LA PROTECCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO NORMAL

La evaluación de la legitimidad de cualquier intervención en política sanitaria requiere un patrón sustantivo de referencia que determine qué objetivos de salud constituyen obligaciones de justicia y cuáles exceden dicho umbral. El modelo de suficientismo sanitario más influyente en la filosofía política contemporánea fue desarrollado a partir de la premisa de que la salud posee una importancia moral excepcional porque protege el funcionamiento normal del individuo, el cual, a su vez, constituye el sustrato necesario para preservar el rango de oportunidades abiertas a los ciudadanos en una sociedad dada³⁶. Esta articulación entre salud, funcionamiento normal y oportunidad proporciona el marco normativo dentro del cual deben evaluarse las políticas sanitarias, incluidas aquellas que operan sobre la arquitectura de elección.

Dentro de esta arquitectura normativa, el punto de partida del modelo danielsiano es una pregunta de justicia distributiva: qué se deben mutuamente los miembros de una sociedad para promover y proteger la salud poblacional, y para asistir a las personas cuando se encuentran enfermas o discapacitadas³⁷. La respuesta a esta pregunta exige, en primer lugar, establecer por qué la

36 DANIELS (2008), pp. 29-32.

37 Ibid., p. 29.

salud merece un tratamiento normativo diferenciado respecto de otros bienes sociales. A diferencia de los modelos utilitaristas que subsumen la salud dentro de la función general de bienestar, o de los modelos libertarios que la tratan como una mercancía sujeta a las reglas del intercambio voluntario, el enfoque danielsiano sostiene que la atención sanitaria es especial porque proteger la salud equivale a proteger la oportunidad³⁸. La salud, entendida como el funcionamiento normal de la especie, no es equivalente al bienestar subjetivo ni a la felicidad, sino que designa la ausencia de patología, comprendida como cualquier desviación de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie³⁹.

En ese contexto conceptual, el concepto de funcionamiento normal de la especie opera como un umbral normativo cuya función es distinguir entre necesidades sanitarias y preferencias sanitarias. Las necesidades de salud son aquellas requeridas para mantener, restaurar o proporcionar equivalentes funcionales al funcionamiento normal, e incluyen la nutrición adecuada, la vivienda segura, los servicios médicos y el apoyo social necesario para la recuperación funcional⁴⁰. Las preferencias sanitarias, en cambio, designan intervenciones que exceden el umbral de funcionamiento normal, como ciertos procedimientos de cirugía estética o de mejora biomédica, y cuya provisión no puede reclamarse como una obligación de justicia. Esta distinción entre necesidad y preferencia es crucial para delimitar la extensión de las obligaciones estatales en salud, puesto que las necesidades son objetivamente adscribibles a partir de criterios biomédicos y no dependen de las preferencias subjetivas del individuo⁴¹.

Precisamente a partir de ese umbral funcional, la conexión entre funcionamiento normal y justicia distributiva se establece a través del concepto de rango de oportunidad normal. Este concepto designa el conjunto de planes de vida que las personas razonables probablemente desarrollarían para sí

38 DANIELS (2001), pp. 2-5.

39 DANIELS (2008), pp. 36-38.

40 Ibid., pp. 37-40.

41 Ibid., pp. 40-42.

mismas en una sociedad dada, teniendo en cuenta sus talentos y habilidades⁴². La pérdida de función asociada a la enfermedad y la discapacidad reduce este rango de oportunidades en comparación con lo que estaría disponible para el individuo en condiciones de salud plena. Dado que la igualdad de oportunidades es un principio fundamental de la justicia en las sociedades democráticas, la protección del funcionamiento normal se convierte en una exigencia de justicia y no meramente en un objetivo de política social⁴³. El argumento no descansa sobre una concepción particular del bien, sino sobre la premisa rawlsiana de que las instituciones sociales deben garantizar las condiciones necesarias para que los ciudadanos puedan perseguir sus propias concepciones del bien en condiciones de equidad.

Esta conexión con la igualdad de oportunidades conduce directamente a la fundamentación rawlsiana del modelo danielsiano, que merece una reconstrucción precisa. La teoría de la justicia como equidad establece que la estructura básica de la sociedad, el sistema público de reglas que define los derechos, deberes y la distribución de las ventajas sociales, es el sujeto primario de la justicia⁴⁴. Dentro de esta estructura, el principio de justa igualdad de oportunidades exige que las personas con talentos y motivaciones similares tengan las mismas perspectivas de éxito independientemente de su clase social de origen. La contribución específica de Daniels consiste en integrar la salud dentro del índice de bienes sociales primarios de Rawls, argumentando que las instituciones sanitarias deben regirse por el mismo principio de justa igualdad de oportunidades que gobierna el acceso a las posiciones sociales⁴⁵. Esta extensión es coherente con la lógica rawlsiana porque las necesidades de salud, independientemente de cómo surjan, interfieren con la capacidad de los individuos para funcionar como ciudadanos libres e iguales⁴⁶.

42 Ibid., pp. 43-45.

43 DANIELS (2001), pp. 6-8.

44 RAWLS (1999), pp. 6-10.

45 DANIELS (2008), pp. 55-58.

46 Ibid., pp. 58-60.

Sin embargo, el alcance del modelo suficientista se extiende más allá de esta base institucional, pues no se limita a la provisión de servicios médicos. Una de las contribuciones más significativas del enfoque danielsiano es la ampliación del concepto de atención sanitaria para incluir todos los factores socialmente controlables que afectan la salud poblacional y su distribución. La atención médica es la ambulancia que espera al pie del precipicio: una intervención de rescate necesaria, pero insuficiente si no se abordan los determinantes sociales que configuran las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan y envejecen⁴⁷. La evidencia epidemiológica acumulada durante más de un siglo y medio demuestra que las posibilidades de vida y muerte están modeladas por la clase social, de modo que cada incremento en la jerarquía socioeconómica se asocia con mejores resultados de salud que el peldaño inferior⁴⁸. Este gradiente socioeconómico en salud persiste incluso en países con sistemas sanitarios universales, lo que indica que la equidad en el acceso a servicios médicos es una condición necesaria pero no suficiente para la equidad en salud⁴⁹.

Bajo esta ampliación del campo de análisis, los determinantes sociales de la salud, educación, ingresos, condiciones laborales, cohesión social, entorno físico, constituyen el campo ampliado de la justicia sanitaria. La tesis central es que la justicia social en general es buena para la salud poblacional, y que una distribución justa de estos determinantes conduce necesariamente a una distribución más equitativa de los resultados de salud⁵⁰. Las desigualdades en salud son injustas, constituyen inequidades, cuando resultan de una distribución injusta de los factores socialmente controlables que afectan la salud de la población⁵¹. Esta definición tiene consecuencias operativas directas: no toda desigualdad en salud es una inequidad, pero toda desigualdad que derive de una distribución injusta de los determinantes sociales sí lo es, y genera una obligación de corrección por parte de las instituciones responsables.

47 Ibid., pp. 79-82.

48 MARMOT (2005), pp. 1099-1101.

49 DANIELS (2001), pp. 10-12.

50 DANIELS (2008), pp. 82-85.

51 Ibid., pp. 85-87.

Ahora bien, incluso dentro de este marco sustantivo ampliado, los principios de justicia sanitaria resultan necesarios pero insuficientes para resolver los conflictos específicos de asignación de recursos que todo sistema de salud enfrenta. Los principios generales resultan demasiado indeterminados para resolver disputas razonables sobre priorización, cobertura y racionamiento⁵². Esta indeterminación no es un defecto del modelo, sino una consecuencia estructural de la complejidad de las decisiones sanitarias: la pregunta de cuánta prioridad otorgar a los pacientes más graves frente a beneficios menores para un número mayor de personas no puede resolverse deductivamente desde ningún principio general. Para abordar este problema, el modelo danielsiano introduce un componente procedimental: el marco de Rendición de Cuentas por la Razonabilidad (*Accountability for Reasonableness*, A4R), compuesto por cuatro condiciones acumulativas⁵³.

En ese marco procedimental, la condición de publicidad exige que las decisiones sobre los límites para satisfacer las necesidades de salud, y sus fundamentos, sean accesibles al público. La condición de relevancia requiere que los fundamentos invocados apelen a evidencias, razones y principios aceptados como pertinentes por personas dispuestas a encontrar términos de cooperación mutuamente justificables. La condición de revisión y apelación establece mecanismos para impugnar y revisar las decisiones adoptadas a la luz de nuevas evidencias o argumentos. Y la condición de regulación garantiza que las tres condiciones anteriores sean efectivamente aplicadas mediante mecanismos institucionales de supervisión⁵⁴. Este marco procedimental no pretende sustituir los principios sustantivos, sino complementarlos en aquellos ámbitos donde la indeterminación principal exige un proceso deliberativo legítimo para generar decisiones que puedan ser aceptadas como justas incluso por quienes resultan perjudicadas por ellas.

52 Ibid., pp. 103-106.

53 Ibid., pp. 117-120.

54 Ibid., pp. 118-121.

La lógica de este complemento procedimental se comprende mejor cuando se examina la relación entre justicia procedimental y justicia sustantiva en el ámbito sanitario. La justicia procedimental pura se obtiene cuando no existe un criterio independiente para determinar el resultado correcto, de modo que la justicia del resultado depende enteramente de la justicia del procedimiento seguido⁵⁵. El papel del principio de justa igualdad de oportunidades, en este esquema, es precisamente asegurar que el sistema de cooperación constituya un régimen de justicia procedimental pura, donde los resultados puedan considerarse legítimos en virtud de la equidad del proceso que los generó⁵⁶. El marco A4R de Daniels transpone esta lógica al ámbito sanitario: las decisiones de racionamiento son legítimas no porque produzcan un resultado predeterminado como correcto, sino porque emergen de un proceso que cumple condiciones de publicidad, relevancia, revisión y regulación institucional⁵⁷.

La operatividad práctica de este umbral suficientista puede ilustrarse con el caso de la obesidad como problema de salud pública. La obesidad constituye una desviación del funcionamiento normal de la especie que reduce el rango de oportunidades disponibles para los individuos afectados, tanto por sus efectos directos sobre la morbilidad y la mortalidad como por sus consecuencias sobre la capacidad laboral, la movilidad y la participación social⁵⁸. Sin embargo, la distribución de la obesidad no es aleatoria: está fuertemente condicionada por determinantes sociales, ingreso, educación, acceso a alimentos saludables, entorno urbano, que configuran lo que se ha denominado un gradiente socioeconómico de la obesidad, donde la prevalencia aumenta a medida que desciende la posición social⁵⁹. En Chile, la tasa de obesidad adulta supera el tercio de la población y la prevalencia en niños ha aumentado sostenidamente, pasando del 16 % en 2009 a más del 26 % en

55 RAWLS (1999), pp. 74-77.

56 Ibid., pp. 76-78.

57 DANIELS (2008), pp. 120-123.

58 OCDE (2019), pp. 25-30.

59 Ibid., pp. 32-35.

2022, configurando un problema de salud pública que no puede reducirse a factores conductuales individuales sin considerar los determinantes estructurales que lo condicionan⁶⁰.

Desde la perspectiva normativa que este ejemplo pone de relieve, las políticas destinadas a abordar la obesidad constituyen obligaciones de justicia cuando están orientadas a restaurar o proteger el umbral de funcionamiento normal en poblaciones situadas por debajo de dicho umbral. Desde la perspectiva del suficientismo danielsiano, esta obligación se extiende no solo a la provisión de servicios médicos de tratamiento, sino a la modificación de los factores socialmente controlables que perpetúan la epidemia de obesidad: la regulación del entorno alimentario, la provisión de información nutricional adecuada, el diseño urbano que facilite la actividad física y la corrección de las desigualdades socioeconómicas que condicionan el acceso diferencial a dietas saludables. El sistema sanitario tiene, en consecuencia, la obligación de promover el funcionamiento normal distribuyendo adecuadamente los factores socialmente controlables que afectan la salud poblacional⁶¹.

Con todo, el modelo suficientista impone también límites a la extensión de las obligaciones estatales. Las intervenciones que superan el umbral de funcionamiento normal, aquellas dirigidas a optimizar el rendimiento o satisfacer preferencias que no constituyen necesidades sanitarias, no generan obligaciones de justicia y deben evaluarse conforme a criterios diferentes. Esta delimitación es particularmente relevante para el análisis de las intervenciones conductuales: un *nudge* orientado a reducir el consumo de azúcar en poblaciones con alta prevalencia de diabetes tipo 2 opera dentro del ámbito de la justicia sanitaria; un *nudge* orientado a promover una estética corporal determinada en poblaciones sanas excede dicho ámbito. La distinción entre necesidad y preferencia, lejos de ser una abstracción filosófica, constituye

60 TAILLIE et al. (2024), pp. 3-5.

61 DANIELS (2008), pp. 140-143.

el criterio operativo fundamental para determinar cuándo la intervención estatal en la arquitectura de elección sanitaria puede reclamarse como una exigencia de justicia y cuándo excede los límites de la obligación pública.

El análisis del suficientismo sanitario ha establecido el umbral distributivo a partir del cual la protección del funcionamiento normal configura una obligación de justicia para las instituciones sanitarias. No obstante, la legitimidad de una política no se agota en la corrección de sus fines, pues una intervención orientada a restaurar el rango de oportunidades puede resultar inadmisibles si compromete indebidamente la autonomía de los destinatarios. Por tal motivo, la sección siguiente examina el límite normativo entre habilitación de la agencia y manipulación conductual, incorporando las categorías de autonomía y dignidad como condiciones independientes de legitimidad.

4. AUTONOMÍA, DIGNIDAD Y LÍMITES NORMATIVOS DE LA INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

Si la sección precedente ha establecido el patrón sustantivo de justicia sanitaria desde el cual evaluar la legitimidad distributiva de las políticas de salud, la presente sección aborda una cuestión normativa distinta y complementaria: la determinación del límite a partir del cual las intervenciones en la arquitectura de elección dejan de constituir mecanismos de habilitación de la agencia individual y pasan a configurar formas de manipulación incompatibles con la autonomía y la dignidad del ciudadano. La relevancia de este análisis radica en que una intervención puede ser distributivamente justa, orientada a restaurar el umbral de funcionamiento normal en poblaciones vulnerables, y, sin embargo, normativamente ilegítima si opera mediante mecanismos que anulan o subvierten la capacidad deliberativa del individuo cuyo comportamiento pretende orientar.

Bajo esta perspectiva, la noción de autonomía que opera como bien protegido en este análisis no se reduce a la libertad negativa, la ausencia de interferencia externa en las elecciones del agente, sino que incorpora

una dimensión sustantiva que exige que el individuo sea efectivamente el autor de sus propias decisiones, actuando de conformidad con sus valores, convicciones y razones reflexivamente asumidas⁶². Esta concepción de la autonomía como autogobierno racional tiene consecuencias directas para la evaluación de las intervenciones conductuales: no basta con que el nudge preserve formalmente el conjunto de opciones disponibles; es necesario, además, que no subvierta los procesos cognitivos mediante los cuales el agente delibera, evalúa y selecciona entre esas opciones. La autonomía requiere que los individuos comprendan las influencias que operan sobre sus elecciones y retengan el control voluntario sobre las mismas⁶³.

En torno a este concepto sustantivo de autonomía, el debate sobre la compatibilidad entre *nudging* y autonomía puede ordenarse en torno a tres posiciones teóricas principales. La primera, defendida por los proponentes del paternalismo libertario, sostiene que las intervenciones conductuales no comprometen la autonomía porque preservan la libertad formal de elección: el individuo siempre puede rechazar la opción por defecto, ignorar la advertencia informativa o resistir la señal de norma social⁶⁴. La segunda posición, formulada desde la filosofía moral, cuestiona esta defensa sosteniendo que la intervención sobre sesgos cognitivos constituye una forma de influencia que elude la deliberación racional del agente y, por tanto, vulnera su autonomía en un sentido normativamente relevante⁶⁵. La tercera posición, más radical, caracteriza las intervenciones conductuales más intrusivas como una afrenta a la dignidad humana, en la medida en que tratan a los ciudadanos como objetos de ingeniería conductual antes que como sujetos de deliberación racional⁶⁶.

Entre estas posiciones teóricas, la tensión puede resolverse, al menos parcialmente, mediante la identificación de gradaciones de intrusión sobre la deliberación individual. No todas las intervenciones conductuales operan

62 RAZ (1986), pp. 369-373.

63 SHANG et al. (2025), pp. 4-6.

64 SUNSTEIN (2014), pp. 115-118.

65 HAUSMAN y WELCH (2010), pp. 128-132.

66 WALDRON (2014).

con la misma profundidad sobre los procesos cognitivos del agente, y esta heterogeneidad debe traducirse en un tratamiento normativo diferenciado. La distinción entre *nudges* de tipo 1, que operan sobre el Sistema 1 de procesamiento automático, y *nudges* de tipo 2, que buscan activar el Sistema 2 de procesamiento deliberativo, resulta aquí especialmente relevante⁶⁷. Un nudge informativo que presenta datos nutricionales en un formato comprensible busca facilitar la deliberación consciente del agente; una opción por defecto que inscribe automáticamente a todos los ciudadanos en un programa sanitario y requiere una acción afirmativa para la exclusión opera predominantemente sobre la inercia y el sesgo de statu quo, eludiendo parcialmente el proceso deliberativo.

Sin embargo, la distinción entre tipo 1 y tipo 2 es insuficiente por sí sola para trazar la frontera normativa entre habilitación y manipulación. Es necesario incorporar una categoría analítica adicional: la opacidad del mecanismo de influencia. La manipulación puede definirse como la influencia ejercida sobre otro individuo que elude su capacidad de razonar, ya sea explotando elementos no racionales de su psicología o actuando de forma no visible para el sujeto⁶⁸. Esta definición permite distinguir entre intervenciones transparentes, cuyo mecanismo de influencia es perceptible y resistible por el agente, e intervenciones opacas, cuyo mecanismo opera por debajo del umbral de consciencia del individuo y, por tanto, no puede ser sometido a escrutinio deliberativo.

Aun así, la transparencia del mecanismo de influencia no equivale a la mera divulgación de la existencia del nudge. Informar al ciudadano de que la cafetería del hospital ha reorganizado la disposición de los alimentos para facilitar la elección saludable cumple un requisito formal de transparencia, pero no resuelve la cuestión sustantiva de si el mecanismo utilizado, la explotación del sesgo de disponibilidad mediante la ubicación preferente, respeta o subvierte la deliberación del agente. La transparencia normativa-

67 SAGHAI (2013), pp. 489-491.

68 BUSCH et al. (2021), pp. 1142-1144.

mente relevante exige no solo que el ciudadano pueda conocer la existencia de la intervención, sino que pueda comprender su mecanismo de operación y resistirlo si así lo decide⁶⁹. Esta exigencia de resistibilidad es lo que distingue a la influencia legítima de la manipulación: una intervención que opera de forma tan sutil que el agente no puede detectarla ni, en consecuencia, oponerse a ella, trasciende los límites de la habilitación de la agencia independientemente de la bondad de sus fines.

Cuando estos criterios se aplican a las distintas modalidades de intervención, la evaluación normativa genera un espectro de intrusión que puede ordenarse de menor a mayor compromiso de la autonomía deliberativa. En el extremo de menor intrusión se sitúan las advertencias informativas diseñadas para activar la deliberación consciente del agente, como las etiquetas nutricionales que presentan información en formatos comprensibles, que operan como facilitadores de la agencia y resultan difícilmente objetables desde la perspectiva de la autonomía. Desde una posición intermedia se encuentran las opciones por defecto, cuya evaluación normativa depende críticamente de la facilidad y el coste de la exclusión: una opción por defecto con un mecanismo de opt-out sencillo y claramente comunicado preserva un grado razonable de agencia; una opción por defecto con mecanismos de exclusión opacos, burocráticos o deliberadamente costosos se aproxima a la coacción encubierta. En el extremo de mayor intrusión se sitúan las intervenciones que explotan sesgos emocionales profundos, como el miedo, la vergüenza o la culpa, sin proporcionar información que permita al agente evaluar racionalmente la señal, así como los *hypernudges* algorítmicos que personalizan la intervención de forma dinámica e imperceptible para el individuo⁷⁰.

A esta evaluación centrada en la autonomía, la cuestión de la dignidad añade una dimensión normativa que excede el análisis de la autonomía individual. Incluso cuando una intervención conductual no pueda demostrarse manipuladora en el sentido técnico descrito, porque su mecanismo es

69 COHEN (2013), pp. 5-7.

70 YEUNG (2017), pp. 126-130.

transparente y resistible, puede resultar incompatible con la dignidad si trata sistemáticamente a los ciudadanos como sujetos de ingeniería conductual antes que como agentes de deliberación racional⁷¹. Esta objeción tiene un alcance más amplio que la crítica basada en la autonomía individual: no se refiere a los efectos de una intervención concreta sobre un agente concreto, sino a la relación estructural que se establece entre el Estado y los ciudadanos cuando la política pública se diseña predominantemente sobre la premisa de que los individuos son incapaces de tomar decisiones adecuadas por sí mismos. El riesgo identificado es el de una infantilización institucionalizada que erosiona progresivamente la cultura de la deliberación democrática al sustituirla por una gestión tecnocrática del comportamiento.

La preocupación por esta dimensión estructural de la dignidad se intensifica cuando se consideran los efectos agregados de la intervención conductual sobre la esfera pública. Las intervenciones aisladas pueden parecer inocuas, pero su acumulación configura un entorno regulatorio en el que la relación entre el ciudadano y el Estado se define progresivamente por la asimetría cognitiva: el Estado diseña, el ciudadano responde. Esta dinámica resulta especialmente problemática cuando los mecanismos de intervención operan sin la participación ni el conocimiento de los ciudadanos afectados, configurando lo que puede denominarse un déficit de agencia colectiva que no es reducible a la vulneración de la autonomía de ningún individuo particular, sino que afecta a la calidad deliberativa del proceso democrático en su conjunto⁷².

Frente a estas preocupaciones, una respuesta parcial proviene del enfoque del boosting, que propone intervenir no sobre el entorno externo de decisión sino sobre las competencias internas del agente. La potenciación de las competencias ciudadanas, la alfabetización estadística, la capacidad de autorregulación, el razonamiento sobre riesgos, respeta por definición la autonomía del individuo porque requiere su cooperación activa y consciente,

71 WALDRON (2014).

72 OCDE (2024), pp. 22-25.

y sus efectos persisten incluso tras la retirada de la intervención precisamente porque han modificado el repertorio cognitivo del agente⁷³. La evidencia empírica disponible muestra que las intervenciones de boosting pueden ser tan eficaces como los nudges en contextos específicos, como la higiene hospitalaria, con la ventaja añadida de que sus efectos se mantienen estables en el tiempo mientras que los del nudge tienden a desvanecerse una vez retirado el estímulo⁷⁴. Este hallazgo sugiere que la prioridad normativa debería otorgarse a las intervenciones que empoderan la agencia del ciudadano y que el recurso al nudge debería reservarse para aquellos contextos en los que el boosting resulta inviable o insuficiente.

Con todo, la alternativa entre *nudging* y *boosting* no debe formularse como una disyunción excluyente. La complejidad de los problemas de salud pública exige un repertorio diversificado de instrumentos, y la elección entre ellos debe estar gobernada por un principio de proporcionalidad que minimice la intrusión sobre la autonomía deliberativa del agente en función de la gravedad de la amenaza para el funcionamiento normal y de la eficacia comparativa de las alternativas disponibles. Este principio de proporcionalidad establece que las intervenciones más intrusivas sobre la deliberación individual, las que operan sobre sesgos automáticos del Sistema 1 de forma opaca, solo se justifican cuando las alternativas menos intrusivas, información transparente, boosting de competencias, activación del Sistema 2, resultan insuficientes para proteger el umbral de funcionamiento normal⁷⁵. La carga de la justificación recae, en este esquema, sobre quien propone la intervención más intrusiva, y no sobre quien la resiste.

En este punto, la dimensión de equidad en la protección de la autonomía merece una consideración específica. Los ciudadanos no son cognitivamente homogéneos: su capacidad para detectar, comprender y resistir las intervenciones conductuales varía en función de factores educativos, culturales y

73 HERZOG y HERTWIG (2025), pp. 860-865.

74 VAN ROEKEL et al. (2021), pp. 8-12.

75 SCHMIDT y ENGELEN (2020), pp. 8-10.

socioeconómicos que reproducen, en el ámbito cognitivo, las desigualdades estructurales presentes en otros ámbitos de la vida social. La evidencia empírica muestra que las intervenciones conductuales pueden tener efectos diferenciales según el nivel socioeconómico del destinatario: en ciertos contextos, los nudges informativos resultan eficaces para las poblaciones de áreas desfavorecidas pero generan efectos adversos en las de mayor nivel socioeconómico, posiblemente por mecanismos de reactivancia psicológica⁷⁶. Y a la inversa, las intervenciones que requieren procesamiento deliberativo activo pueden resultar menos accesibles para poblaciones con menores niveles de alfabetización sanitaria, reproduciendo la dinámica documentada según la cual las intervenciones conductuales pueden exacerbar las desigualdades en salud si su diseño no contempla las diferencias en la aceptación inicial entre grupos sociales⁷⁷.

Desde esta constatación empírica, la heterogeneidad en la vulnerabilidad cognitiva frente a las intervenciones conductuales plantea un problema normativo específico para la protección de la autonomía: si el estándar de resistibilidad se fija en función de un agente idealizado, educado, informado, cognitivamente competente, las intervenciones que resultan resistentes para ese agente pueden ser manipulativas para los grupos más vulnerables. La exigencia de equidad en la protección de la autonomía requiere, por tanto, que el estándar de transparencia y resistibilidad se evalúe no desde la perspectiva del ciudadano medio, sino desde la del ciudadano más vulnerable al mecanismo de influencia utilizado. Este criterio, análogo al del consumidor medio en el derecho de la competencia pero ajustado a la baja para proteger a los más vulnerables, introduce una exigencia adicional en el diseño de las intervenciones conductuales: la obligación de realizar evaluaciones de impacto diferencial que identifiquen y corrijan los efectos asimétricos de la intervención sobre la autonomía de diferentes grupos poblacionales.

76 STUBER et al. (2022), pp. 5-7.

77 GOYDER et al. (2016), pp. 134-136.

La delimitación del umbral entre influencia legítima y manipulación ha permitido precisar las condiciones éticas bajo las cuales el *nudging* puede considerarse compatible con la autonomía y la dignidad ciudadana. Sin embargo, la consistencia normativa de estos criterios exige su traducción en estándares jurídicos operativos capaces de orientar la actuación administrativa y someterla a control institucional. En consecuencia, la sección siguiente desarrolla un marco regulatorio para el derecho público chileno que articula los principios de necesidad, proporcionalidad, transparencia, equidad y control jurisdiccional como garantías estructurales frente al ejercicio del poder conductual estatal.

5. CRITERIOS JURÍDICOS PARA EL DISEÑO Y CONTROL DE INTERVENCIONES CONDUCTUALES EN SALUD PÚBLICA

La traducción de los principios sustantivos establecidos en las secciones precedentes a un marco regulatorio operativo exige la identificación de estándares jurídicos aplicables al diseño, implementación y evaluación de las intervenciones conductuales en el derecho público sanitario. El caso chileno presenta características institucionales que hacen especialmente urgente esta tarea: un sistema sanitario mixto público-privado, articulado entre el Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), cuyo acceso desigual condiciona estructuralmente la eficacia y la equidad de cualquier intervención en la arquitectura de elección⁷⁸. A ello se añade una experiencia regulatoria pionera en materia de etiquetado alimentario, la Ley N°20.606 de 2012⁷⁹, que constituye un laboratorio institucional relevante para evaluar las condiciones de legitimidad de las intervenciones conductuales en el ámbito sanitario.

Planteado este contexto institucional, el primer estándar jurídico que debe gobernar el uso del *nudging* en políticas sanitarias es el de necesidad instrumental, entendido como la exigencia de que la intervención conductual

78 ZÚÑIGA FAJURI (2011), pp. 74-76.

79 Ley N°20.606, de 2012.

sea requerida para la protección o el restablecimiento del umbral de funcionamiento normal de la especie en la población destinataria. Este estándar opera como un filtro de admisibilidad que excluye del ámbito de la obligación estatal aquellas intervenciones que, aunque pudieran producir efectos beneficiosos sobre el bienestar individual, no están dirigidas a abordar una necesidad sanitaria objetivamente identificable. La distinción danielsiana entre necesidad y preferencia sanitaria se traduce, en términos jurídicos, en la exigencia de que toda intervención conductual en el ámbito de la salud pública esté respaldada por evidencia epidemiológica que demuestre la existencia de un déficit de funcionamiento normal en la población objetivo y la conexión causal entre dicho déficit y el comportamiento que la intervención pretende modificar⁸⁰.

De esta premisa se sigue, además, que la exigencia de necesidad instrumental no se satisface con la mera invocación de un objetivo sanitario genérico. La regulación basada en evidencia exige que el diseño de la intervención identifique con precisión el sesgo cognitivo o la barrera conductual específica que obstaculiza la adopción del comportamiento saludable, y que la modalidad de nudge seleccionada sea la adecuada para operar sobre dicho mecanismo. La institucionalización de esta exigencia puede articularse mediante la incorporación obligatoria de evaluaciones de impacto conductual (*behavioural impact assessments*) en el proceso de diseño regulatorio, análogas a las evaluaciones de impacto regulatorio existentes pero ampliadas para incluir los efectos previsibles de la intervención sobre los procesos cognitivos de los destinatarios⁸¹. El desarrollo de principios de buenas prácticas para la integración de la ciencia conductual en las políticas públicas, tal como los formulados recientemente por organismos internacionales, proporciona marcos de referencia para la operacionalización de estas evaluaciones⁸².

80 ALEMANNO y SPINA (2014), pp. 440-443.

81 Ibid., pp. 444-447.

82 OCDE (2024), pp. 28-32.

En un plano distinto de análisis, el segundo estándar es el de proporcionalidad, que en el contexto del *nudging* sanitario adquiere un contenido específico articulado en tres subexigencias. La adecuación requiere que la intervención conductual seleccionada sea objetivamente idónea para alcanzar el fin sanitario perseguido, lo que implica la existencia de evidencia empírica sobre la eficacia de la modalidad de *nudge* en contextos comparables al de aplicación. La necesidad en sentido estricto exige que no exista una alternativa menos intrusiva sobre la autonomía deliberativa del agente que permita alcanzar el mismo objetivo con eficacia comparable; esta subexigencia obliga a considerar prioritariamente las intervenciones de *boosting* y las medidas informativas transparentes antes de recurrir a *nudges* que operan sobre el Sistema 1 de forma automática. La proporcionalidad en sentido estricto requiere un balance razonable entre la intensidad de la intervención sobre la autonomía y la gravedad del problema sanitario que pretende abordar; intervenciones altamente intrusivas solo se justifican ante amenazas severas al funcionamiento normal, mientras que riesgos sanitarios menores deben abordarse con mecanismos de menor intensidad⁸³.

Derivada de esta exigencia de proporcionalidad, la aplicación del test tiene una implicación institucional directa: la necesidad de establecer una escala graduada de intervenciones conductuales, ordenada de menor a mayor intrusión sobre la autonomía, que opere como marco de referencia para el regulador. Esta escala, que puede denominarse escalera de intervención conductual (*intervention ladder*), situaría en su nivel inferior la provisión de información y el *boosting* de competencias, en un nivel intermedio las advertencias informativas con elementos de saliencia y las modificaciones del entorno físico, y en su nivel superior las opciones por defecto y las intervenciones personalizadas algorítmicamente⁸⁴. El regulador sanitario debería justificar explícitamente cada ascenso en la escalera, demostrando que los niveles inferiores resultan insuficientes para abordar el problema sanitario identificado. Este modelo escalonado es coherente con la práctica regulatoria

83 SCHMIDT y ENGELN (2020), pp. 9-12.

84 NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS (2007), pp. 41-44.

del derecho sanitario chileno, donde la Ley N°20.606 ya implementó una gradación implícita al combinar etiquetas informativas, restricciones de marketing y prohibiciones de venta en espacios escolares⁸⁵.

Conectada con estas exigencias, el tercer estándar es el de transparencia institucional, cuyo contenido excede la mera publicidad formal de la existencia de la intervención. La transparencia normativamente adecuada en el contexto del *nudging* sanitario comprende tres dimensiones. La transparencia de diseño exige que los fundamentos científicos, los mecanismos cognitivos activados y los objetivos perseguidos por la intervención sean públicamente accesibles y comprensibles para los ciudadanos destinatarios. La transparencia de implementación requiere que los actores institucionales responsables del diseño y la ejecución de la intervención estén claramente identificados y sujetos a obligaciones de rendición de cuentas. La transparencia de resultados impone la obligación de evaluar y publicar los efectos de la intervención, incluidos sus efectos diferenciales por grupo socioeconómico y los eventuales efectos de desplazamiento o *crowding-out* sobre comportamientos prosociales no directamente intervenidos⁸⁶.

Ligada a esta dimensión institucional, la exigencia de transparencia se vincula directamente con la condición de publicidad del marco A4R de Daniels, transpuesta al ámbito específico de las intervenciones conductuales. Las decisiones sobre el diseño de la arquitectura de elección en políticas sanitarias constituyen decisiones de establecimiento de límites que deben satisfacer los mismos requisitos de publicidad, relevancia y revisión que gobiernan las decisiones de racionamiento sanitario⁸⁷. El carácter *sui generis* e informal del poder conductual no debería constituir una justificación para mantener las intervenciones públicas persuasivas fuera del escrutinio democrático⁸⁸. Esta exigencia resulta especialmente pertinente en el contexto de la creciente digitalización de los sistemas de salud, donde las intervencio-

85 Ley N°20.606, de 2012.

86 ALEMANNO y SPINA (2014), pp. 448-451.

87 DANIELS (2008), pp. 118-120.

88 ALEMANNO y SPINA (2014), p. 450.

nes algorítmicas pueden operar de forma dinámica, personalizada y opaca, configurando entornos de decisión cuyo diseño escapa tanto al conocimiento como al control de los ciudadanos afectados.

Paralelamente, el cuarto estándar es el de equidad distributiva en el diseño, que requiere la incorporación de salvaguardas específicas para evitar que la intervención conductual reproduzca o profundice las desigualdades sanitarias preexistentes. La evidencia empírica disponible sobre los efectos diferenciales del *nudging* según el nivel socioeconómico justifica esta exigencia con particular contundencia. La experiencia chilena del etiquetado de alimentos ha mostrado que, si bien las reducciones en las compras de productos de alto contenido calórico fueron estadísticamente significativas a nivel poblacional, los hogares con menor educación presentaban niveles basales más altos de consumo de productos azucarados, de modo que reducciones absolutas similares podían traducirse en un aumento de las disparidades relativas entre grupos socioeconómicos⁸⁹. Esta paradoja distributiva, donde una intervención universalmente eficaz puede aumentar las desigualdades relativas, exige que el diseño regulatorio incorpore evaluaciones de impacto en equidad (*equity impact assessments*) que identifiquen *ex ante* los efectos diferenciales previsibles y establezcan mecanismos de corrección.

Consideradas estas asimetrías estructurales, la salvaguarda de equidad distributiva tiene implicaciones específicas para el sistema sanitario chileno, donde la segmentación entre Fonasa e Isapres configura poblaciones con perfiles socioeconómicos, niveles de alfabetización sanitaria y capacidades cognitivas de resistencia a las intervenciones conductuales sustancialmente diferentes. Las intervenciones que operan eficazmente sobre la arquitectura de elección en el contexto de supermercados de alta gama frecuentados por la población adscrita a Isapres pueden resultar ineficaces o contraproducentes en los entornos de compra accesibles a la población de menores recursos atendida por Fonasa. La exigencia de equidad distributiva obliga, en consecuencia, a diseñar intervenciones diferenciadas que consideren la

89 TAILLIE et al. (2020), pp. 10-13.

heterogeneidad de la población destinataria, evitando el enfoque de talla única cuyas limitaciones han sido documentadas de forma consistente en la literatura conductual⁹⁰.

A la luz de estas exigencias sustantivas, el quinto estándar es el de control jurisdiccional efectivo, que aborda la cuestión de la revisión judicial de las intervenciones conductuales en el ámbito sanitario. La revisión judicial tradicional, centrada en la legalidad procedimental de los actos administrativos formales, resulta estructuralmente inadecuada para controlar intervenciones que operan mediante la persuasión, el diseño de entornos y la activación de sesgos cognitivos⁹¹. El control jurisdiccional del *nudging* sanitario requiere una adaptación de los criterios de revisión que permita evaluar no solo la conformidad formal del acto administrativo con la ley habilitante, sino también la calidad, el contexto y el efecto de cambio de comportamiento de facto provocado por las actividades administrativas⁹². Esta adaptación implica que los tribunales deben estar en condiciones de evaluar la evidencia conductual que sustenta la intervención, la proporcionalidad de su diseño respecto de la intrusión sobre la autonomía, y la adecuación de las salvaguardas de equidad incorporadas.

En el plano institucional chileno, el control jurisdiccional de las intervenciones conductuales sanitarias puede articularse a través de varios mecanismos existentes que requieren, no obstante, una adaptación interpretativa. La acción de protección constitucional, regulada en el art. 20 de la Constitución Política de la República, ofrece un recurso para la impugnación de intervenciones conductuales que vulneren derechos fundamentales, particularmente el derecho a la integridad psíquica, la libertad personal y la igualdad ante la ley, aunque su eficacia dependerá de la disposición de los tribunales a reconocer que la manipulación conductual puede constituir una afectación de estos derechos aun en ausencia de coacción formal. La

90 MILLS (2020), pp. 5-7.

91 ALEMANNIO y SPINA (2014), pp. 452-454.

92 Ibid., p. 453.

jurisdicción contencioso-administrativa, en la medida en que se desarrolle en el ordenamiento chileno, debería incorporar criterios de revisión específicos para las actuaciones administrativas de naturaleza conductual, atendiendo no solo a su conformidad con la potestad habilitante sino a su adecuación con los estándares de necesidad, proporcionalidad y transparencia antes descritos.

Considerados conjuntamente, la articulación de estos cinco estándares, necesidad instrumental, proporcionalidad, transparencia institucional, equidad distributiva y control jurisdiccional, configura un marco regulatorio que traduce los principios normativos de suficiencia sanitaria, protección de la autonomía y justicia distributiva a categorías jurídicas operativas susceptibles de aplicación y revisión institucional. La implementación de este marco requiere, como condición institucional previa, el establecimiento de un órgano regulador con competencia específica en ciencia conductual aplicada a la salud pública, dotado de independencia funcional respecto de los intereses de la industria alimentaria y farmacéutica, y sujeto a las obligaciones de rendición de cuentas que impone el marco A4R danielsiano. La experiencia comparada muestra que más de 200 organismos públicos de base conductual operan actualmente en los países de la OCDE⁹³, lo que proporciona modelos institucionales de referencia, aunque ninguno de ellos ha resuelto satisfactoriamente la integración de los estándares de equidad distributiva y control jurisdiccional que el contexto de desigualdad estructural chileno exige.

Especial atención requiere, en este contexto, la obligación de evaluar y publicar los resultados de las intervenciones conductuales, incluidos sus efectos de desplazamiento sobre comportamientos no directamente intervenidos. La evidencia sobre los efectos de *crowding-out* en el ámbito de la donación de órganos, donde la adopción de sistemas de *opt-out* condujo a una disminución significativa de las tasas de donantes vivos sin un aumento proporcional de las tasas de donantes fallecidos⁹⁴, ilustra un riesgo estructural que el marco regulatorio debe anticipar y monitorizar. La obligación de eva-

93 OCDE (2024), pp. 15-17.

94 APPELUIS et al. (2025), pp. 5-8.

luación *ex post* no se limita a verificar si la intervención alcanzó su objetivo primario, sino que se extiende a la identificación de efectos sistémicos no previstos que puedan comprometer la eficacia global de la política sanitaria o producir consecuencias distributivas adversas.

Igualmente relevante resulta, en el diseño institucional, la incorporación de mecanismos de participación ciudadana en el desarrollo de las intervenciones conductuales. La asimetría documentada entre la capacidad técnica creciente de los organismos conductuales y las posibilidades de los ciudadanos de conocer, participar y contestar las intervenciones constituye un déficit de legitimidad democrática que no puede resolverse únicamente mediante la transparencia pasiva⁹⁵. La participación ciudadana activa en el diseño de la arquitectura de elección sanitaria, mediante consejos ciudadanos, procesos deliberativos estructurados y mecanismos de consulta permanente, constituye una condición de legitimidad adicional que conecta el control técnico con la soberanía democrática.

Por añadidura, el marco regulatorio propuesto incorpora una cláusula de prioridad del *boosting* sobre el *nudging* como expresión del principio de mínima intrusión sobre la autonomía. Antes de recurrir a intervenciones que operan sobre los sesgos cognitivos del Sistema 1, el regulador sanitario debería agotar las posibilidades de empoderar las competencias decisorias de la población mediante intervenciones de *boosting*, alfabetización sanitaria, capacitación en razonamiento sobre riesgos, fortalecimiento de la autorregulación, cuyos efectos no solo son más respetuosos de la autonomía individual sino también más sostenibles en el tiempo⁹⁶. El recurso al *nudge* quedaría reservado, en este esquema, para aquellos contextos en los que la urgencia del problema sanitario, la gravedad de la amenaza al funcionamiento normal o la inviabilidad demostrada del *boosting* justifiquen la

95 OCDE (2024), pp. 35-38.

96 HERZOG y HERTWIG (2025), pp. 870-875.

adopción de mecanismos de mayor intrusión cognitiva, siempre sujetos a los estándares de proporcionalidad, transparencia y control jurisdiccional previamente establecidos.

Por consiguiente, el marco regulatorio aquí formulado no pretende legítimar ni deslegítimar el *nudging* como categoría unitaria, sino proporcionar al derecho público chileno los instrumentos jurídicos necesarios para evaluar cada intervención conductual en el ámbito sanitario conforme a estándares de necesidad, proporcionalidad, transparencia, equidad y control jurisdiccional que garanticen su compatibilidad con los principios constitucionales de autonomía, dignidad y justicia distributiva. La implementación de este marco constituye, simultáneamente, una exigencia de justicia sanitaria, en la medida en que permite optimizar la eficacia de las políticas de salud pública, y una garantía de constitucionalidad, en la medida en que somete el ejercicio del poder conductual del Estado a las mismas condiciones de legitimidad que rigen para cualquier otra forma de poder público.

6. CONCLUSIONES

La articulación de un marco normativo para la intervención conductual en salud pública no representa una mera adición técnica al derecho sanitario, sino una reconfiguración necesaria de la relación entre el Estado regulador y la autonomía ciudadana. En consecuencia, se observa una necesidad imperativa de trascender la dicotomía simplista entre la eficacia técnica de los acicates y la libertad formal de elección, proponiendo en su lugar una integración sistémica donde la ciencia del comportamiento se someta a los estándares clásicos de justicia distributiva y legitimidad democrática. Desde esta posición, se sostiene que la arquitectura de elección, al ser una condición ontológica inevitable de cualquier entorno de decisión, debe ser gestionada bajo criterios de transparencia y responsabilidad institucional, evitando que el poder de persuasión estatal opere fuera del radar del escrutinio público.

En ese marco analítico, la principal innovación radica en el acoplamiento del estándar de funcionamiento normal de la especie con la arquitectura de las decisiones individuales. Se propone que el suficientismo sanitario de Norman Daniels no solo define qué servicios deben proveerse, sino que actúa como el umbral de justicia que legitima o invalida el uso de técnicas de *nudging*. Bajo tal premisa, la protección del rango de oportunidad normal de los ciudadanos justifica intervenciones conductuales siempre que aquellas se orienten a restaurar capacidades funcionales afectadas por determinantes sociales injustos. Dicha síntesis conceptual permite distinguir con nitidez entre la habilitación de la agencia, donde el Estado actúa para corregir sesgos que impiden al individuo alcanzar su propio umbral funcional, y la manipulación conductual, que trataría al ciudadano como un mero objeto de ingeniería social.

Desde una perspectiva institucional, la traducción de tales principios al contexto jurídico exige la implementación de un “test de legitimidad conductual” estructurado en criterios de necesidad instrumental, proporcionalidad y transparencia. Se considera que, en sistemas sanitarios complejos y fragmentados como el chileno, las intervenciones conductuales deben estar gobernadas por una “escalera de intervención” que otorgue prioridad normativa al *boosting* sobre el *nudging*. Tal jerarquía no solo responde a una exigencia ética de respeto por la autonomía deliberativa, sino también a una eficacia práctica documentada, donde el empoderamiento de competencias internas del agente muestra una mayor persistencia temporal que la mera modificación de estímulos externos. Asimismo, la equidad distributiva debe constituir un estándar verificable mediante evaluaciones de impacto que prevengan la profundización de brechas sanitarias derivadas de la heterogeneidad en la vulnerabilidad cognitiva de la población.

La agenda de investigación debería expandirse hacia la evaluación longitudinal de los efectos acumulativos que el entorno regulatorio conductual ejerce sobre la cultura de la deliberación democrática. Resulta preocupante la posibilidad de una “infantilización” progresiva del sujeto de derecho si

las políticas de salud pública se centran exclusivamente en la explotación de sesgos del Sistema 1. Se impone profundizar en el estudio de los *hyper-nudges* algorítmicos y su impacto en la opacidad deliberativa, así como en los mecanismos de *crowding-out* que podrían erosionar la motivación social intrínseca frente a arquitecturas de elección excesivamente directivas. El desafío futuro no reside únicamente en facilitar decisiones saludables, sino en asegurar que continúen siendo decisiones auténticamente ciudadanas.

En términos normativos más amplios, el despliegue del poder conductual del Estado reabre la cuestión relativa a los límites de la benevolencia gubernamental. Si bien el Estado tiene la obligación moral de no permitir que el infortunio biológico engendre injusticia social, dicha obligación no debe cumplirse a costa de la integridad psíquica o la dignidad del individuo. La legitimidad del *nudging* en salud pública no se encontrará en su capacidad para modelar súbditos sanos, sino en su potencial para fortalecer a ciudadanos autónomos. Una sociedad justa no es aquella que decide por sus miembros de manera opaca, sino aquella que diseña sus instituciones para que cada persona, con independencia de su origen socioeconómico, pueda ejercer plenamente su agencia racional en la configuración de su propio plan de vida.

DECLARACIÓN DE USO DE IA

Para el presente artículo se usó el modelo de lenguaje de gran escala GPT-5.2 de OpenAI, con el objetivo de identificar y corregir posibles errores de redacción y ortografía. La instrucción aplicada fue: *detecta y corrige todos los errores de redacción y ortografía*. Una vez obtenida la respuesta del sistema, el texto resultante fue revisado para asegurar que el contenido final conservara el tono e intención del borrador original.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

ALEMANN, Alberto y SPINA, Alessandro (2014): “Nudging Legally: On the Checks and Balances of Behavioral Regulation”, en: *International Journal of Constitutional Law* (Vol. 12, N° 2), pp. 429-456. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/icon/mou033> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

APPELUI, Lisann; BRANDMAIER, Andreas M.; DALLACKER, Mattea y HERTWIG, Ralph (2025): “Opt-out Defaults Do Not Increase Organ Donation Rates”, en: *Public Health* (November 2024, N°236), pp. 436-440. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.08.009> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

BUSCH, Jacob; MADSEN, Emilie Kirstine; FAGE-BUTLER, Antoinette Mary; KJÆR, Marianne y LEDDERER, Loni (2021): “Dilemmas of Nudging in Public Health: An Ethical Analysis of a Danish Pamphlet”, en: *Health Promotion International* (Vol. 36, N° 4), pp. 1140-1150. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa146> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

CIALDINI, Robert B. y GOLDSTEIN, Noah J. (2004): “Social Influence: Compliance and Conformity”, en: *Annual Review of Psychology* (Vol. 55), pp. 591-621. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.142015> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

COHEN, Shlomo (2013): “Nudging and Informed Consent”, en: *The American Journal of Bioethics* (Vol. 13, N° 6), pp. 3-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15265161.2013.781704> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

DANIELS, Norman (2001): “Justice, Health, and Healthcare”, en: *The American Journal of Bioethics* (Vol. 1, N° 2), pp. 2-16. Disponible en: <https://doi.org/10.1162/152651601300168834> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

DANIELS, Norman (2008): *Just Health: Meeting Health Needs Fairly* (Cambridge, Cambridge University Press).

GOYDER, E. C.; MAHESWARAN, R. y READ, S. (2016): “Associations between Neighbourhood Environmental Factors and the Uptake and Effectiveness of a Brief Intervention to Increase Physical Activity: Findings from Deprived Urban Communities in an English City”, en: *Journal of Public Health* (Vol. 39, N° 1), pp. 132-138. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv213> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

HANSEN, Pelle Guldberg; SKOV, Laurits Rohden y SKOV, Katrine Lund (2016): “Making Healthy Choices Easier: Regulation versus Nudging”, en: *Annual Review of Public Health* (Vol. 37), pp. 237-251. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021537> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

HAUSMAN, Daniel M. y WELCH, Brynn (2010): “Debate: To Nudge or Not to Nudge”, en: *Journal of Political Philosophy* (Vol. 18, N° 2), pp. 123-136. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2009.00351.x> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

HERTWIG, Ralph y GRÜNE-YANOFF, Till (2017): “Nudging and Boosting: Steering or Empowering Good Decisions”, en: *Perspectives on Psychological Science* (Vol. 12, N° 6), pp. 973-986. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1745691617702496> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

HERZOG, Stefan M. y HERTWIG, Ralph (2025): “Boosting: Empowering Citizens with Behavioral Science”, en: *Annual Review of Psychology* (Vol. 76), pp. 851-881. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020924-124753> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

JOHNSON, Eric J. y GOLDSTEIN, Daniel (2003): “Do Defaults Save Lives?”, en: *Science* (Vol. 302, N° 5649), pp. 1338-1339. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.1091721> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

KAHNEMAN, Daniel (2011): *Thinking, Fast and Slow* (Nueva York, Farrar, Straus and Giroux).

MARMOT, Michael (2005): “Social Determinants of Health Inequalities”, en: *The Lancet* (Vol. 365, N° 9464), pp. 1099-1104. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6) [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

MILLS, Stuart (2020): “Personalized Nudging”, en: *Behavioural Public Policy*, pp. 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/bpp.2020.7> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

NUFFIELD COUNCIL ON BIOETHICS (2007): *Public Health: Ethical Issues* (Londres, Nuffield Council on Bioethics).

OCDE (2019): *The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention* (París, OECD Health Policy Studies). Disponible en: <https://doi.org/10.1787/67450d67-en> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

OCDE (2024): *LOGIC: Good Practice Principles for Mainstreaming Behavioural Public Policy* (París, OECD). Disponible en: <https://doi.org/10.1787/6cb52de2-en> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

RAWLS, John (1999): *A Theory of Justice*, edición revisada (Cambridge, Massachusetts, Belknap Press of Harvard University Press).

RAZ, Joseph (1986): *The Morality of Freedom* (Oxford, Oxford University Press).

SAGHAI, Yashar (2013): “Salvaging the Concept of Nudge”, en: *Journal of Medical Ethics* (Vol. 39, N° 8), pp. 487-493. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100727> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

SCHMIDT, Andreas T. y ENGELN, Bart (2020): “The Ethics of Nudging: An Overview”, en: *Philosophy Compass* (Vol. 15, N° 4), e12658. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/phc3.12658> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

SHANG, Huijing; XIONG, Lingfang; CHEN, Kefan; TIAN, Renqiong; TU, Jing y SHANG, Xianhui (2025): “Ethical Dimensions of Healthcare Nudges: A PRISMA-ScR-Guided Scoping Review and Framework for Responsible Behavioral Governance”, en: *Frontiers in Public Health* (Vol. 13), 1716466. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1716466> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

SIMON, Herbert A. (1955): “A Behavioral Model of Rational Choice”, en: *The Quarterly Journal of Economics* (Vol. 69, N° 1), pp. 99-118. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/1884852> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

STUBER, Josine M.; BEULENS, Joline W. J.; LAKERVELD, Jeroen; KIEVITSBOSCH, Loes W. y MACKENBACH, Joreintje D. (2022): “Nudging Customers towards Healthier Food and Beverage Purchases in a Real-Life Online Supermarket: A Multi-Arm Randomized Controlled Trial”, en: *BMC Medicine* (Vol. 20, N° 10). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-021-02205-z> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

SUNSTEIN, Cass R. (2014): *Why Nudge?: The Politics of Libertarian Paternalism* (New Haven, Yale University Press).

TAILLIE, Lindsey Smith; BERCHOLZ, Marcela; POPKIN, Barry; REBOLLEDO, Natalia; REYES, Marcela y CORVALÁN, Camila (2024): “Decreases in Purchases of Energy, Sodium, Sugar, and Saturated Fat 3

Years after Implementation of the Chilean Food Labeling and Marketing Law: An Interrupted Time Series Analysis”, en: PLOS Medicine (Vol. 21, N° 9), e1004463. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004463> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

TAILLIE, Lindsey Smith; RIVERA, Juan; POPKIN, Barry; NG, Shu Wen y CORVALÁN, Camila (2020): “An Evaluation of Chile’s Law of Food Labeling and Advertising on Sugar-Sweetened Beverage Purchases from 2015 to 2017”, en: PLOS Medicine (Vol. 17, N° 2), e1003042. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003042> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

THALER, Richard H. y SUNSTEIN, Cass R. (2008): *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness* (New Haven, Yale University Press).

TVERSKY, Amos y KAHNEMAN, Daniel (1974): “Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases”, en: Science (Vol. 185, N° 4157), pp. 1124-1131. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.185.4157.1124> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

TVERSKY, Amos y KAHNEMAN, Daniel (1981): “The Framing of Decisions and the Psychology of Choice”, en: Science (Vol. 211, N° 4481), pp. 453-458. Disponible en: <https://doi.org/10.1126/science.7455683> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

VAN ROEKEL, Henrico; REINHARD, Joanne y GRIMMELIKHUIJSEN, Stephan (2021): “Improving Hand Hygiene in Hospitals: Comparing the Effect of a Nudge and a Boost on Protocol Compliance”, en: Behavioural Public Policy, pp. 1-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/bpp.2021.15> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

WALDRON, Jeremy (2014): “It’s All for Your Own Good”, en: *New York Review of Books*. Disponible en: <https://www.nybooks.com/articles/2014/10/09/cass-sunstein-its-all-your-own-good/> [Fecha de última consulta: 27.06.2026].

WANSINK, Brian (2004): “Environmental Factors That Increase the Food Intake and Consumption Volume of Unknowing Consumers”, en: *Annual Review of Nutrition* (Vol. 24), pp. 455-479. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.24.012003.132140> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

YEUNG, Karen (2017): “‘Hypernudge’: Big Data as a Mode of Regulation by Design”, en: *Information, Communication & Society* (Vol. 20, Nº 1), pp. 118-136. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/1369118X.2016.1186713> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

ZÚÑIGA FAJURI, Alejandra (2011): “Justicia y racionamiento sanitario en el Plan AUGE: dilemas bioéticos asociados a la distribución de recursos escasos”, en: *Acta Bioethica* (Vol. 17, Nº 1), pp. 73-84. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100008> [Fecha de última consulta: 12.03.2026].

NORMAS JURÍDICAS CITADAS

Ley Nº20.606, sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, Diario Oficial, 06 de julio de 2012.