



Cuadernos de RSO

**Publicación interdisciplinaria sobre
Responsabilidad Social de las
Organizaciones**

Universidad Católica del Uruguay
Facultad de Ciencias Empresariales
Departamento de Ciencias de la Administración
Programa de Investigación sobre RSE



Universidad
Católica del
Uruguay

- 9 Editorial**
- 11 La Economía del Don: modelos y realidades**
Carlos Hoevel (Argentina)
- 27 Estrategias éticamente justificadas de afrontamiento del sobrepeso y obesidad a través del sistema impositivo**
Omar França (Uruguay)
- 41 Microcrédito com responsabilidade individual. Análise da possibilidade de criação de valor compartilhado**
Livia Tiemi Bastos y José Augusto Giesbrecht da Silveira (Brasil)
- 54 O papel dos atores da cadeia reversa no desenvolvimento de uma cooperativa de coleta seletiva de resíduos sólidos no Brasil**
Ana Carolina Simões Braga y Dimária Silva e Meirelles (Brasil)
- 69 Cuarto Estado Financiero Sintético y su uso como estado proyectado en la evaluación social de las decisiones de inversión**
Darío Andrioli, Natalia Silva y Juan Pablo González (Uruguay)
- 89 Galp Voluntária: um programa de sucesso**
Ana Nave y Arminda do Paço (Portugal)
- 101 Turismo, naturaleza y conservación del patrimonio natural y socio-cultural de Ciudad de México**
Bertha Palomino y Gustavo López Pardo (México)
- 113 BOOK REVIEW**
Economía del Don. Perspectivas para Latinoamérica. Octavio Groppa y Carlos Hoevel (eds)
Comenta: Cecilia Sturla (Argentina)
- 117 TERCER SECTOR**
El caso de Aldeas Infantiles SOS Uruguay
Leticia Soust y María Paz Mangado (Uruguay)

Estrategias éticamente justificadas de afrontamiento del sobrepeso y obesidad a través del sistema impositivo

RESUMEN

Este artículo aborda el gravísimo problema del sobrepeso y la obesidad a nivel mundial y los gastos que este hecho epidemiológico origina en los diversos sistemas de salud de las naciones. Se expone que entre las principales causas de este perjuicio sanitario se encuentran los alimentos ultra-preparados compuestos, fundamentalmente, por carbohidratos, grasas perjudiciales, y bebidas azucaradas.

Se señalan los dos modelos de relación de consumo entre productores y consumidores de alimentos y se argumenta a favor de que el Estado deba exigir a las empresas productoras de alimentos causantes del sobrepeso y la obesidad de los individuos, una carga impositiva proporcionada. La implementación de esa recaudación es necesaria para que el Estado afronte los enormes problemas originados por el sobrepeso y la obesidad, incentivando el acceso de los ciudadanos a los alimentos sanos, promocionando la actividad física en todas las edades, e instaurando estrategias educativas en todos los ámbitos sociales a fin de que los ciudadanos puedan gestionar responsablemente su consumo de alimentos.

Palabras clave: Sobrepeso y Obesidad, Salud pública, Etica fiscal, Responsabilidad Social Empresarial, Responsabilidad de los consumidores, Educación de los consumidores

ABSTRACT

This article discusses the very serious problem of overweight and obesity at the global level and the costs that this epidemiological factor originates in the various health systems of nations. It is explained that among the main causes of this health injury are ultra prepared food, essen-

DATOS DEL AUTOR:

Omar França

Título académico: Doctor en Medicina y Licenciado en Ética Teológica

Pertenencia institucional: Universidad Católica del Uruguay

Cargo: Director del Área de Éticas Aplicadas

CONTACTO:

ofranca@ucu.edu.uy

Recibido: 30/11/2015

Aceptado: 30/12/2015

tially composed by carbohydrates, saturated fats, and sweetened drinks. It is pointed out the two models of consumption relation between producers and consumers of food and argues in favor that the state should require an specific tax on the producers of food that cause the overweight and obesity among individuals. It is defended that the implementation of this tax system is necessary for the state to tackle the enormous problems caused by the overweight and obesity, encouraging the access of citizens to the healthy food, promoting physical activity at all ages, and establishing educational strategies to enable citizens to responsibly manage their food consumption.

Key words: Overweigh and Obesity, Public health, Fiscal Ethics, Corporate Social Responsibility, Consumer Responsibility, Consumer Education.



EL DRAMA MUNDIAL DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

El problema del sobrepeso y la obesidad en la población de la mayor parte de los países del mundo es una preocupación de salud pública cada vez más acuciante para los individuos y cada vez más costoso para los sistemas de salud.

No es lo mismo “sobrepeso” que “obesidad”. Ambos conceptos se refieren a la anormal o excesiva acumulación de grasa corporal. Este trastorno se calcula en base al Índice de Masa Corporal de los individuos, que se obtiene dividiendo los kilogramos de peso por los metros cua-

drados de superficie corporal o el doble de la altura, según esta fórmula: $IMC = \frac{\text{kg de peso}}{\text{altura} \times 2}$

$IMC = \frac{\text{kg de peso}}{\text{altura} \times 2}$. Una persona tiene sobrepeso si el Índice de Masa Corporal supera a 25. Y es obesa si supera el 30.

La Organización Mundial de la Salud estimaba que en 2014 (OMS, 2015) el 39% de los adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso y 13% eran obesos. El problema en lugar de atenuarse se agrava año a año, de tal manera que mientras que en 2008 eran obesos entre el 5-8% de la población mundial, ese porcentaje subió al 11-15% en 2014 (WHO, 2014,79). En este momento no hay menos de 500 millones de obesos en el mundo (sin contar los que tienen sobrepeso).

La Organización Mundial de la Salud evalúa el sobrepeso y la obesidad como el quinto factor de mayor riesgo de mortalidad en el mundo. De los 7.000 millones de personas que hay en la tierra, mueren 2.800 millones cada año por enfermedades vinculadas al sobrepeso y la obesidad (ARANCETA BALTRINA, 2013). Entre ellas, el 44% es por causa de la diabetes, el 23% por trastornos cardiovasculares y el 41% por los cánceres asociados al sobrepeso o mala alimentación.

En el informe de la National Academy of Sciences de los Estados Unidos, si bien está referido a un país ultra-desarrollado, es perfectamente válido para cualquiera de nuestros países y en él se dice que la

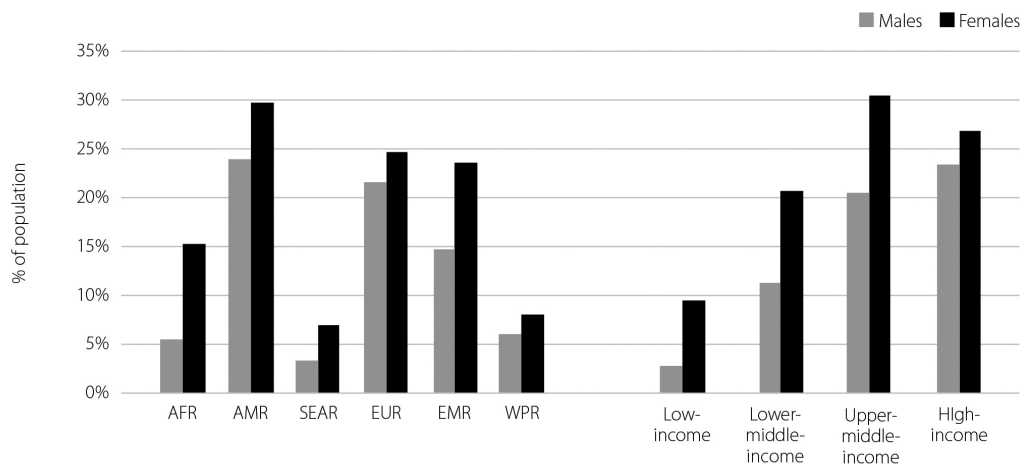
“obesidad es un asunto de salud pública de monumental importancia para la nación. Se podría argumentar que es el más significativo desafío de la salud pública que hemos de enfrentar en este momento, tanto por el gigantesco número de personas que involucra sino

por la ola de efectos que tiene y que tendrá en el desarrollo de enfermedades crónicas debilitantes y costosas. La obesidad es el mayor contribuyente al incremento de los costos sanitarios que hemos de enfrentar hoy en los Estados Unidos. Estos costos tienen el potencial de volverse catastróficos e inmanejables, a menos que todos los sectores de la sociedad tomen el deber de prevenir seriamente la obesidad y actúen responsablemente. Es insostenible esperar más hasta que la gente se vuelva enferma, requiriendo que la mayoría de nuestros esfuerzos y gastos sean dedicados a la intervención de crisis en las enfermedades que podrían ser prevenidas o hacerse menos severas” (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 2012, IX).

Por su parte la Dra Catherine Le-Galès Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (LE GALES, 2005) ha expresado que “El problema del sobrepeso y la obesidad es de una magnitud asombrosa” y que “El rápido aumento del sobrepeso y la obesidad en muchos países de bajos y medianos ingresos augura una carga abrumadora de enfermedades crónicas en esos países en los próximos 10 a 20 años si no se toman medidas ya.” (LE GALES, 2005).

Este problema es mundial porque lo experimentan casi todos los países del mundo y es particularmente grave en las mujeres, tal como puede verse en el gráfico adjunto. Pero el sobrepeso/obesidad(s/o) será más grave aún para las futuras generaciones puesto que esta “epidemia” ya está instalada en los menores de 18 años. En ese sentido, España se sitúa a la cabeza de la Unión Europea en cuanto al sobrepeso infantil según datos de la OCDE, y es segundo a nivel mundial detrás a los EEUU (GUZMAN, 2014).

Fig. 7.3 Age-standardized prevalence of obesity in adults aged 18 years and over (BMI ≥ 30 kg/m²), by WHO region and World Bank income group, comparable country estimates, 2014



AFR=African Region, AMR=Region of the Americas, SEAR =South-East Asia Region, EUR=European Region, EMR=Eastern Mediterranean Region, WPR=Western Pacific Region

Fuente: WHO (2014) GLOBAL STATUS REPORT, Fig.7.3. p.81

El monto del gasto de los sistemas de salud de los países para afrontar los retos sanitarios debidos al sobrepeso y la obesidad que experimentan los ciudadanos es cada vez más cuantioso.

Estos costos se deben, fundamentalmente, a:

- a. Gastos directos (costos de transportes especiales, dietas para disminuir de peso, cirugía bariátrica, tratamientos psicológicos secundarios, etc.).
- b. Gastos derivados de la falta de productividad debido las discapacidades secundarias al s/o (ej. pérdida de ciertas potencialidades físicas).
- c. Gastos derivados del ausentismo laboral a consecuencia de todo lo anterior.
- d. Gastos derivados de las enfermedades vinculadas al s/o (diabetes, enfermedades Cardio-vasculares, cánceres, etc.).

Según el Instituto McKinsey, la “epidemia” mundial de obesidad ya es el tercer gasto mundial en salud. Ascendería a dos billones de dólares, y sólo sería superado por los gastos ocasionados por el tabaquismo y la violencia, incluido el terrorismo:

“La obesidad ya representa la tercera carga social entre las que más dinero le cuestan a la población mundial, después del tabaquismo y la violencia armada, incluidas las guerras y el terrorismo. Cada año, los sistemas de salud del mundo gastan un total de 2 billones de dólares, sin incluir el 20% adicional que, según se estima, cuesta el tratamiento de todas las enfermedades asociadas, como la diabetes, la insuficiencia cardíaca o las complicaciones gastrointestinales, entre muchas otras. Así se desprende de un informe que elaboró el Instituto Mundial McKinsey, que se encarga de la investigación económica de la consultora del mismo nombre con sede en Nueva York.”(CZUBAJ, 2014).

Dice la National Academy of Sciences de los Estados Unidos que el sobrepeso y obesidad ocupan *“en términos económicos cerca del 21% de los gastos anuales en salud de los Estados Unidos. Y la obesidad infantil, sola, es responsable de 14.100 millones de dólares en costos médicos directos”* (NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES, 2012, 2).

Otro país que puede ser citado como paradigmático en el aumento extraordinario de costos a causa del s/o es Canadá, cuyo sistema de salud dice haber subido del 37% (en 1990) al 54% (en 2011) el monto total dedicado a resolver este problema; o sea, que el gasto en sobrepeso y obesidad pasó de ocupar el 2.2% del total del presupuesto sanitario canadiense al 12% (ARAN-CETA, 2013).

Por último, y sumando a todo lo anterior, el problema del sobrepeso y obesidad es un asunto con implicaciones militares y bélicas, aunque parezca sorprendente. De hecho, en los Estados Unidos, el 25% de los jóvenes de 17-24 años de edad no pueden incorporarse al ejército norteamericano por tener sobrepeso (WHITE HOUSE TASK FORCE, 2010,3).

Dos son las causas principales del sobrepeso y la obesidad: el consumo excesivo de carbohidratos y grasas debido a los alimentos ultra-procesados y el déficit de actividad física adecuada. Los países tienen el desafío de actuar en estos dos campos: **disminuir la mala alimentación e incrementar la actividad física.**

En este artículo nos ocuparemos fundamentalmente del deber de los estados de lograr que sus ciudadanos disminuyan el consumo excesivo, continuado y a largo plazo, de alimentos nutritivamente inútiles para el equilibrio energético sano del cuerpo.



ALIMENTOS PERJUDICIALES Y CAUSANTES DEL SOBREPESO Y OBESIDAD

Los alimentos “sanos” son aquellos que contribuyen para que el cuerpo humano mantenga su adecuado equilibrio de carbohidratos, lípidos y proteínas, así como de minerales y vitaminas para su correcto funcionamiento. Por el contrario, hay alimentos que *aportan sólo calorías* pero no nutrientes. Estas han sido llamadas “*calorías vacías*” porque incorporan al organismo *grasas sólidas*¹ o *azúcares* que no son necesarias para nutrir al cuerpo. De ahí que ambas son transformadas por el hígado en grasas y acumuladas como tales en el cuerpo humano, causando el sobrepeso o la obesidad.

Es necesario reconocer desde el primer momento que el problema ético no proviene de la ingestión puntual o aislada de un alimento determinado (por ej., un alimento con elevada proporción de grasas sólidas, colesterol, o bebidas con azúcar o fructosa), sino que el trastorno perjudicial sucede cuando su consumo es *continuado, excesivo y a largo plazo*.

Es sabido que no se puede afirmar que del consumo de una cajilla de cigarrillos a la semana, o de estar una hora en un restaurante para fumadores, se genere cáncer de pulmón en el consumidor (activo o pasivo). La degeneración cancerosa de las células epiteliales broncopulmonares sólo sobrevendrá con una probabilidad elevada cuando el consumo de cigarrillo es habitual o el individuo trabaja en ambientes constantemente contaminados por humo. Es el consumo *continuado, excesivo y a largo plazo* del cigarrillo lo que lo hace perjudicial para la salud. Lo mismo podríamos afirmar del alcohol o de las drogas químicas de diverso tipo u otros hábitos de vida (como el sedentarismo).

Del mismo modo, es el *consumo habitual o continuado, excesivo y a largo plazo de determinados alimentos* (los que tienen alto porcentaje de calorías vacías y sal) lo que los convierte en perjudiciales. A los efectos de la brevedad de la denominación de estos alimentos, los identificaremos con una sigla (AP-CCELP) a fin de no tener que repetir cada vez que nos referimos a los Alimentos Perjudiciales por Consumo Continuo, Excesivo y a Largo Plazo.

Dejando de lado la ingesta de sal y de otros minerales innecesarios para la fisiología del organismo, en este artículo incluiremos dentro de los AP-CCELP, fundamentalmente, a los alimentos y bebidas con componentes elevados de grasas sólidas, azúcar o fructosa. Es en torno a estos alimentos AP-CCELP que los sistemas de salud deben actuar para modificar los hábitos de consumo alimenticio de sus poblaciones. Dado que el sobrepeso y obesidad es causado por trastornos en los hábitos alimenticios de la población es debemos reflexionar hasta qué punto debe el Estado buscar modificar los trastornos alimenticios de sus ciudadanos.

¹Grasas sólidas son las que a temperatura ambiente se mantienen como tales; por ejemplo la grasa que está en las carnes (vacunas, ovinas, cerdos, pollos, etc.) la manteca, la margarina, etc. También entran en este grupo las grasas “trans”, que se obtienen por hidrolizar los aceites vegetales a fin de usarlos en la repostería y demás alimentos ultra-procesados. Su estado es diferente a al de las grasas líquidas a temperatura ambiente: es decir, los aceites. Entre los aceites, algunos son absolutamente esenciales para el cuerpo porque éste no los fabrica. Por ejemplo, el ácido linoleico n-6 PUFA, (también llamado Omega 6); el ácido alfa linoleico n-3 PUFA, el ácido Eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA) también llamados omega-3. Estos ácidos grasos esenciales se encuentran en los pescados, en los aceites vegetales como Canola, Oliva, etc., y en ciertos frutos secos como almendras, nueces, etc. Mientras que las grasas líquidas son esenciales como nutrientes, las grasas sólidas aportan calorías pero superan las necesidades nutritivas imprescindibles del cuerpo humano; por eso se dice que son “vacías”. (ADVISER REPORT, 2015, Appendix E-5: Glossary of Terms p.5-10).



ÉTICA EN LAS RELACIONES DE CONSUMO DE ALIMENTOS

Para introducirnos en esa reflexión tenemos que hacer referencia a los dos modelos éticos básicos en toda relación de consumo, puesto que el consumo de alimentos es un aspecto de las múltiples interacciones que entablan los ciudadanos con los productos que consumen y con los productores de dichos alimentos.

A su vez, esos dos modelos se basan en la priorización de uno de los tres principios bioéticos básicos (FRANCA-TARRAGO, 2008, 202ss.) que ahora recordamos:

Principio de Autonomía. Es el derecho y deber de respetar la autonomía del otro. La práctica de los negocios relacionados con la producción de alimentos debería promover la potencialidad de decisiones autónomas de los individuos que buscan alimentarse. Para esto el consumidor debe disponer de información veraz y educación suficiente para analizar tal información. Suprimir la información o imposibilitar la educación del consumidor transgrede un derecho humano básico.

Principio de equidad. Es el derecho a la equivalencia de bienes que se intercambian y el deber de no abusar de la escasez para la especulación y la usura. Esto significa que el precio debe ser proporcionado al bien necesitado y a su costo de producción, para lo cual deberá asegurarse siempre la máxima competencia entre empresas. El imperativo de equidad implica que los seres humanos no deben discriminar a otros seres humanos por causa de su condición económica. De ahí la responsabilidad del Estado de establecer políticas que favorezcan la superación de las desventajas a las que están sometidos los menos desfavorecidos en cuanto al *equitativo acceso* a los alimentos apropiados para la salud.

Principio de Beneficencia. Es el derecho de la persona humana a no verse perjudicada arbitrariamente en su salud o integridad física y el deber de todo proveedor de alimentos de evitar los perjuicios intencionales. Si las empresas no aseguran este principio por su propia iniciativa o decisión, es deber del Estado garantizarlas de la forma más eficaz e inmediata posible por medio de leyes y del sistema impositivo.

Según que se privilegie el principio de autonomía o el principio de beneficencia, se obtienen dos modelos diferentes respecto a la ética en las relaciones de consumo de alimentos: el modelo contractual y el modelo protectorio (FRANCA-TARRAGO, 2011, 256).

Modelo Contractual

En este modelo se considera que las relaciones de consumo se entablan entre dos personas conscientes y libres que saben lo que hacen al comprometerse en el contrato. Por tanto, si se firma o acuerda el contrato, se aceptan los derechos y externalidades en él establecidas. El modelo contractual presupone que en el mercado se establece la libre oferta y demanda según la autonomía de las personas. El deber ético en este modelo se reduce a respetar las informaciones relativas al producto, tal como se especifican en el contrato, evitando engaños y cualquier coacción indebida.

Entre las informaciones que el productor de alimentos debe proporcionar al consumidor en el contrato se incluyen las que tienen que ver con la:

- a. **Fiabilidad:** se refieren a que el producto alimenticio cumplirá con la función nutritiva que afirma poseer y tal como se le anuncia al consumidor en el informe nutricional.
- b. **Vida de servicio:** se le informa sobre margen de tiempo que tiene el alimento vendido, antes de entrar en riesgo de deterioro de sus componentes nutricionales.
- c. **Mantenimiento:** se informa sobre cómo mantenerse en condiciones adecuadas de conservación.
- d. **Seguridad:** se informa sobre el riesgo que puede tener el consumo del producto una vez que se supere el tiempo de servicio o se advierte del riesgo de su consumo continuado, excesivo y a largo plazo.

Según el modelo contractual, si dichas informaciones están presentes en la publicidad o en el manual del producto, la empresa no tiene ninguna responsabilidad que vaya más allá de la expresamente establecida en el contrato.

El modelo contractual supone que el objetivo es enfocar el relacionamiento de consumo entre “un” individuo y “un” alimento dado. No implica, por tanto, tener en cuenta las repercusiones que surjan del consumo de ese alimento por parte de individuos no-rationales o no responsables, ni tampoco lo que pueda perjudicar dicho alimento al ambiente ecológico, o las repercusiones que dicho alimento podría generar en la salud a lo largo del tiempo en quienes lo vayan a ingerir.

Entre las objeciones principales que se le hace al modelo contractual es que la relación entre un productor y un consumidor no son, en absoluto, igualitarias sino, al contrario, desequilibradas a favor del productor de alimentos que conoce las características del producto que ofrece y las consecuencias de su uso. El consumidor, por su parte, sabe muy limitadamente al respecto.

Una segunda objeción es que según este modelo contractual el productor de alimento podría ofrecer un producto negando su fiabilidad, seguridad y vida de servicio o poniendo frases que, si bien resaltan la alta probabilidad de que no cumpla las funciones nutritivas esperadas, son difíciles de comprender por parte del consumidor. En un contrato así concebido, una vez expresado en el informe nutricional los componentes del alimento y hecha la compra, el productor queda libre de responsabilidad alguna por los fallos del alimento que no estén amparados por el contrato de venta, o por las posibles consecuencias perniciosas para la salud del individuo que ese alimento pueda causar a largo plazo.

Modelo Protectivo

Este modelo, por el contrario, parte de la base que la relación de consumo es desigualitaria entre el productor de alimentos y el consumidor. Dada esa desigualdad informativa, el productor tiene la obligación de asumir la responsabilidad derivada de los daños ocasionados por el producto alimenticio que ofrece. Según el modelo protectivo, si un determinado alimento genera trastornos de salud en los consumidores, y estos no habían sido anticipadas por el productor, éste debe asumir, de alguna manera, los costos derivados de ese hecho.

Por ejemplo, el productor deberá prever el aumento de riesgo que puede tener consumir un alimento de forma continuada y reiterada más allá de lo “sano” para la salud. En el modelo protectorio, el productor de alimentos debe cuidar por los trastornos ocasionados por el “sobre consumo” de un determinado alimento o bebida. Estas medidas de precaución de daños por la ingestión del alimento sobrepasando los límites saludables pueden ser instrumentadas por las autoridades municipales o nacionales. El modelo protectorio implica que el productor de alimentos tiene, de alguna manera, -no fácil de establecer- responsabilidad por haber inducido a conductas alimenticias perjudiciales a largo plazo para la salud del individuo; o, por el contrario, la responsabilidad de educar en hábitos alimenticios saludables.

El **primer argumento** que tiene el modelo protectorio para atribuir responsabilidad a los productores de alimentos perjudiciales para la salud es el *imperfecto conocimiento* (WHO, 2012, 36) *por parte de los consumidores de alimentos*. La mayoría de la gente no conoce la relación entre *consumo continuado, excesivo y a largo plazo* de las bebidas azucaradas o alimentos con grasas sólidas. En consecuencia, los que producen y publicitan estos productos tienen un deber de advertir de que se trata de AP-CCELP o alimentos que aportan sólo *calorías vacías*.

El **Segundo argumento** del modelo protectorio es que los individuos, aún sabiendo las consecuencias adversas de un determinado alimento, son vulnerables en su voluntad para abstenerse en el corto plazo del placer de consumirlos. Esto se debe a que los perjuicios sólo se dan en el largo plazo y a niveles difíciles de prever por anticipado. El inmediatez de la voluntad y la incapacidad de abstenerse de un determinado alimento a causa de sus consecuencias en el largo plazo, es lo que obliga al modelo protectorio a sustituir las liberdades voluntarias de los grupos vulnerables (especialmente los jóvenes, los ya obesos, los poco ilustrados, etc.) con medidas precautorias.

El **tercer argumento** es referente a *los costos* que debe enfrentar el sistema de salud. Dado que los individuos incluidos en el primer y segundo argumento no cargan sobre sí los costos derivados de sus hábitos insalubres, y que estos costos son asumidos por el Sistema de Salud de una nación, es justificable que la sociedad, a través del Estado, imponga sobre los productos involucrados en los trastornos de salud, una carga impositiva que compense los gastos derivados de los trastornos consecuentes.

El modelo protectorio se caracteriza por tres notas de gran importancia (SIRGY, 2008):

- a. Busca el bienestar integral del consumidor no solo cuando va a consumir el alimento particular que la empresa le ofrece, sino a lo largo del ciclo vital del producto. No solo debe ser “bueno” aquí y ahora, sino para el futuro y largo plazo de la salud de ese individuo.
- b. El bienestar no solo debe ser del individuo que va a consumir el alimento sino que debe ser beneficioso para otro tipo de individuos vulnerables que no están en condiciones de discernir ante informaciones nutricionales o son vulnerables en su voluntad. En ese sentido asume medidas precautorias para el consumo de alimentos perniciosos en un consumo abusivo o prolongado por parte de niños o discapacitados mentales.
- c. El bienestar del consumidor de alimentos debe ser compatible con la no inducción de conductas perniciosas a causa de la publicidad sugestiva.

Entre las objeciones o dificultades que se le hacen al modelo protectorio se indican las siguientes:

1. Implica un paternalismo “infantilizante”. La “protección” del consumidor hace que este se “des-preocupe” de ser cuidadoso y atento con el uso de los alimentos que compra.
2. El costo de asumir las responsabilidades del productor hace que este costo sea añadido al producto, con lo cual los alimentos se encarecen².
3. No es fácil establecer los límites de las responsabilidades del productor de alimentos que, en sí mismos y en ingestas “moderadas” no son perniciosos.

Balance de modelos

Pese a las objeciones señaladas al modelo protector, éste parece garantizar más la seguridad de la persona humana que el modelo contractual. Sin dejar de valorar como positivo el hecho de que el consumidor debe ser activo y diligente en su responsabilidad de comprar alimentos (aspecto esencial del modelo contractual), no podemos desconocer que hay una relación desigualitaria en las relaciones de consumo, que no pueden ser subsanadas por la “suma” de informaciones proporcionadas en un producto, en la mayoría de las ocasiones brindada en un lenguaje nutricional difícil de entender para el común de la gente.

El productor de alimentos debe, pues, cuidar debidamente que los componentes nutricionales de un alimento, así como la información proporcionada (suficiente en cantidad y adecuada en calidad), permitan evitar los perjuicios causados por lo que ofrece al consumidor.

Si bien no es fácil establecerlo de antemano, la sociedad debe buscar formas justas y no abusivas para que una empresa se haga –al menos parcialmente- responsable de las consecuencias ocasionadas por el diseño o el proceso de fabricación de determinados alimentos. Tanto el diseño del alimento como el proceso de fabricación podrían traer perjuicios en el deterioro de la salud de aquellos individuos que se vuelven habituales consumidores de ese producto a lo largo del tiempo. Podría suceder que ese consumo “habitual” generara perjuicios conocidos por el productor pero de cuyo “descontrol” el productor se considera libre de culpa. Desde el punto de vista moral sigue existiendo un deber de asumir la responsabilidad por el perjuicio sanitario. El problema puede estar en la dificultad de cuantificar la debida reparación.

Una de las formas que la sociedad ha planteado para afrontar esta responsabilidad indirecta sobre la salud de los consumidores de alimentos perniciosos para la salud (cuando su consumo supera las barreras de normalidad) es el adecuado sistema de impuestos y de incentivos fiscales.



LA ÉTICA DEL USO FISCAL EN LA PRODUCCIÓN Y CONSUMO DE ALIMENTOS

Para lograr ambos objetivos, el sistema impositivo es un factor de enorme importancia y sobre él nos centraremos en lo que sigue de este artículo. Se ha planteado que la ética del uso de las políticas fiscales en relación a los alimentos AP-CCELP se basa en los siguientes parámetros (BOGART, 2023):

² Esta objeción es contrarrestada por quienes dicen que: “al subir el precio del alimento” se estimula la disminución del consumo de aquellos alimentos dañinos para la salud.

1. Las políticas fiscales aplicados a los AP-CCELP tienen un efecto positivo en la disminución del consumo de dichos alimentos.
2. La política fiscal aplicada a los AP-CCELP permitirá al sistema de salud afrontar las consecuencias derivadas de tener que atender a los enfermos que han sufrido las consecuencias de ingerir de forma continuada y a largo plazo a los alimentos perjudiciales.
3. Los fondos generados por los impuestos aplicados a los AP-CCELP pueden ser usados para subsidiar el costo de alimentos y bebidas sanas tales como frutas, verduras y agua de fácil acceso en todos los contextos vitales.
4. Los fondos generados por dichos impuestos permitirán al Estado el Desarrollo de políticas de actividad física y obras de infraestructura ciudadana que facilite a los individuos hacer ejercicio y recreación física.
5. Los fondos obtenidos de los impuestos podrán compensar el hecho de que los alimentos sanos suelen ser poco accesibles para las clases sociales menos favorecidas por sus ingresos económicos. Si elevamos el costo de los AP-CCELP mediante impuestos, podemos obtener fondos que faciliten a las clases sociales pobres el acceso a alimentos subsidiados sanos en su hábitat propio.
6. La política fiscal permitirá subsidiar la producción y distribución de frutas y verduras como se subsidia en algunos países los productos lácteos (Francia), el cultivo de maíz o soja (EUA), etc.
7. El sistema impositivo aplicado a los AP-CCELP tiene un carácter educativo. Esto significa que, cualquiera sean los montos de los impuestos ellos envían un mensaje a los productores de alimentos que tiende a desincentivar los AP-CCELP y favorecer los alimentos sanos para la salud. Lo mismo cabe decir sobre sus estrategias publicitarias, especialmente aquellas dirigidas a los públicos vulnerable.

Recomendaciones internacionales respecto a la ética impositivo de los AP-CCELP

La Organización Mundial de la Salud (oficina para Europa) en su plan para implementar en Europa una estrategia de prevención y control de enfermedades no transmisibles (período 2012-2016) (WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, 2012) dice claramente que una de las metas principales de los gobiernos europeos sería: *“Usar con la mayor efectividad posible políticas fiscales y control publicitario a fin de influenciar la demanda de tabaco, alcohol y alimentos elevados en grasas saturadas, grasas trans, sal y azúcar”*.

Y agrega que estos mecanismos fiscales deben ser usados para obtener fondos para sustentar estructuras de promoción de la salud, ya sea por la promoción de dietas saludables, precios de alimentos, etiquetación adecuada o medidas de control de la publicidad.

El documento que estamos comentando establece cinco grandes prioridades en relación a las enfermedades no transmisibles. De esas cinco prioridades, las dos primera son: 1) promover el consumo saludable mediante políticas fiscales y de publicidad y 2) eliminación de las grasas trans de los alimentos (y su reemplazo por grasas polinsaturadas).

En la misma línea corresponde recordar a la reunión ministerial de la OECD de octubre 2010 que dice que:

“Incentivos fiscales correctos y obligatorios son difíciles de diseñar e implementar pero ellos pueden traer retornos rápidos a la salud. Numerosos estudios sugieren que aplicar impuestos a los alimentos puede tener un impacto tanto en el consumo de alimentos insalubres como en el peso de las personas. Recientes análisis del OECD respecto al impacto de la intervención en la que se combinan impuestos sobre alimentos altos en grasas y subsidios a frutas y verduras han mostrado que tales medidas pueden generar ganancias importantes en las expectativas de vida y en discapacidades previsibles que la mayoría de otras intervenciones, tanto en el corto como en el largo plazo” (OECD, 2010,11).

Algunos intentos nacionales de aplicación de impuestos a los AP-CCELP

Trataremos de detallar en este punto algunos de los intentos hechos a niveles nacionales, en lo que se refiere a políticas impositivas que buscan disminuir el consumo de los AP-CCELP y subsidiar a los alimentos saludables.

En los Estados Unidos, muchos estados de la Unión han impuesto tasas a las bebidas azucaradas a razón de una media de 5.2% del costo del producto (ANDREYEVA, T. et al., 2011). Algunos especialistas juzgan que este porcentaje es muy bajo y no repercute realmente en la disminución del consumo de esas bebidas. Proponen que se eleve al 10-15% del costo. Chicago impone tasas a las bebidas azucaradas para sacar fondos para programas de prevención (DILLER, 2011). Es a razón de 3% del precio de venta de bebidas embotelladas o enlatadas y 9% a las bebidas en los dispensadores. Nueva York dispensa de impuestos a los negocios que se instalan en ciertos lugares o barrios de menores ingresos para proporcionar en esos ámbitos alimentos sanos (frutas y verduras). Arkansas (GREEN, 2010) aplica un 3% de impuesto a cada paquete de 6 cervezas y ha obtenido 10 millones de dólares cada año para programas preescolares de educación nutritiva desde que ha sido instituido en el 2001.

En Arizona (REYNOLDS et al, 2013) se aplican ciertos descuentos en las tarifas de admisión a ciertos centros escolares en caso que se verifique que los estudiantes se incorporen a 10 prácticas preventivas pre-establecidas para generar hábitos saludables de consumo de alimentos. Otros proponen que cobrar un centavo por onza disminuiría el consumo en un 24%. Pero se objeta que eso implicaría un incremento de 20% en el costo del producto y las empresas no lo aceptarían. También se han hecho intentos de aplicar incentivos laborales (MADISON et. al., 2011) para el cambio conductual de los trabajadores en relación a la obesidad.

En suma, al menos en 17 estados de los EUA se aplican políticas fiscales a determinados tipos de alimentos. Entre ellos quedan gravados los almíbares, caramelos –golosinas y bebidas de frutas (por tener fructosa).

Otros países también han aprobado políticas impositivas respecto a los alimentos AP-CCELP (VOIGT, 2014) tal como sigue.

- a. En Canadá se aplican impuestos a bebidas edulcoradas, saladitos y golosinas. Este país, además (OECD, 2010), ha implementado la reducción de impuestos a familias que participan en deportes.
- b. Japón utiliza desincentivos financieros para reducir comportamientos insalubres, imponiendo cuotas a aquellos empleados que exceden el límite aceptable de circunferencia corporal.

- c. El Reino Unido aplica cargas impositivas a golosinas, bebidas azucaradas, salados, y comidas calientes para llevar.
- d. En Dinamarca se aplican desde 2011 impuestos a: carne, productos lácteos (menos leche), grasas animales, y aceites vegetales. En el caso de Dinamarca la tasa que grava las grasas saturadas de los alimentos se aplica cuando estas superan el 2.5 % del peso.
- e. Hungría también ha seguido el ejemplo para bebidas azucaradas, salados, condimentos (¿mayonesas? ¿Salsas?). Este país (GLOBE AND MAIL, 2011) ha aplicado impuestos a todos los alimentos con niveles de azúcar, sal y carbohidratos que sobrepasan los niveles saludables.
- f. Dinamarca, Suecia y Austria, por su parte, aplican impuestos a las grasas trans en los alimentos.



REFLEXIONES BIOÉTICAS FINALES

Teniendo en cuenta la consecuencia del sobrepeso y la obesidad causada en los individuos y el costo que esto ocasiona en las economías de los sistemas de salud (y aun para los sistemas de Defensa), como consecuencia de la producción e incentivo publicitario de los AP-CCELP por parte de las empresas productoras, se hace necesario una reflexión sobre los deberes bioéticos del Estado y la consiguiente Responsabilidad Social de las empresas en lo que se refiere a los productos alimenticios que sólo aportan *calorías vacías*.

Las recomendaciones emanadas de organismos sanitarios internacionales y las experiencias impositivas de otros países –y sus respectivas racionalidades- debe llevarnos a una reflexión ponderada y responsable, sobre qué política estatal debe tener nuestro país en relación a los AP-CCELP y, en general, al afrontamiento del sobrepeso y obesidad.

No corresponde a nuestra perspectiva ética entrar en los pormenores de qué monto de dinero sería el apropiado aplicar como impuesto a dichos alimentos o los límites precisos para incluir algunos productos alimenticios y excluir otros. Pero, a la luz de lo expuesto, podemos concluir con las siguientes reflexiones bioéticas:

- a. Actualmente hay certeza médica de que ciertos alimentos deben ser incluidos en la categoría de AP-CCELP por sólo aportar calorías vacías pero no aportar componentes nutricionales necesarios para la nutrición sana.
- b. Desde el punto de vista epidemiológico hay certeza de que los AP-CCELP son responsables de la gran prevalencia de sobrepeso y obesidad en los ciudadanos de nuestros países.
- c. Hay certeza de índole psicológica y educacional que los ciudadanos tienen carencias cognitivas para entender ciertas informaciones relacionadas con los riesgos sanitarios de los AP-CCELP. A veces esa carencia informativa no se debe a dificultades cognitivas para incorporar la información sino a fallas en la voluntad para resistir la presencia real de los AP-CCELP en todos los ámbitos de vida de los ciudadanos, y en los medios de comunicación social.
- d. Los individuos siguen teniendo una responsabilidad bioética para gestionar responsablemente su salud, pero por diversos motivos que no podemos abordar aquí, no lo hacen en la medida adecuada.

- e. Es el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Finanzas y el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, el que tiene que obtener de las empresas productoras de los AP-CCELP fondos compensatorios a través de un adecuado sistema impositivo, a fin de poder hacer frente a los siguientes desafíos éticos y sociales:
1. Costos de salud directamente derivados del sobrepeso y obesidad (en gran medida causados por los AP-CCELP).
 2. Costos sociales necesarios para promover actividad física adecuada para compensar la excesiva ingesta de calorías vacías provenientes de los AP-CCELP.
 3. Costos de los subsidios a la producción de frutas y verduras y a mantener una adecuada accesibilidad en todos los sectores de la sociedad. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **ADVISER REPORT TO THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES AND TO THE SECRETARY OF AGRICULTURE** (2015). Scientific Report of the 2015 of the Dietary Guidelines Advisory Committee. Washington D.C.
- **ANDREYEVA T. et al.** (2011). "Estimating the Potential of Taxes on Sugar-Sweetened Beverages to Reduce consumption and Generate Revenue," *Preventative Medicine* 52, no. 6: 413-416.
- **ARANCETA BARTRINA, J.** (2013). Public health and the prevention of obesity: Failure or success? *Nutr Hosp.* 28 (Supl. 5):128-137.
- **BOGART, W.A.** (2013). Law as a Tool in "The War on Obesity": Useful Interventions, Maybe, But, First, What's the Problem? *Journal of Law, Medicine & Ethics* 28-41.
- **CZUBAJ, F.** (2014). *Diario La Nación de Buenos Aires* (edición impresa) Martes 23 de diciembre de 2014.
- **DILLER, P.A. y GRAFF, S.** (2011). Regulating food retail for obesity prevention. How far can cities go? Using Law, Policy and Research to improve the Public's Health.
- **FRANCA-TARRAGO, O.** (2011). *Ética empresarial y laboral: los fundamentos y su aplicación.* Montevideo: Grupo Magro.
- **FRANCA-TARRAGO, O.** (2008). *Fundamentos de Bioética.* Buenos Aires: Paulinas.
- **GREEN, Rebecca** (2010). The Ethics of Sin Taxes. *Public Health Nursing* Vol. 28 No. 1: pp. 68–77.
- **GUZMAN, J.** (2014). El Azúcar invisible o la guerra de las etiquetas. <http://www.lamarea.com/2014/07/07/el-azucar-invisible-o-la-guerra-de-las-etiquetas/> Accedido el 7 julio 2014.
- **IOM (Institute of Medicine)** (2012). *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation.* Washington, DC: The National Academies Press.
- **LE-GALÈS CAMUS, Catherine** (2015). **En:** <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr44/es/> . Accedido octubre 2015.
- **MADISON, K.M.; VOLPP, K. G. y HALPERN, S.D.** (2011). The Law, Policy, and Ethics of Employers' Use of Financial Incentives to Improve Health. *Journal of law, medicine & ethics* 39: 450-468.
- **NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES** (2012). Dan Glickman, Lynn Parker, Leslie J. Sim, Heather Del Valle Cook, and Emily Ann Miller, Editors; Committee on Accelerating Progress in Obesity Prevention; Food and Nutrition Board; Institute of Medicine. *Accelerating Progress in Obesity Prevention: Solving the Weight of the Nation.* Washington: National Academies Press.

- **OECD** (2010). Healthy Choices OECD Health Ministerial Meeting, Paris, 7-8 October.
- **OMS** (2015). Cifras. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> Accedido octubre 2015.
- **ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD** (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra: OMS.
- **REYNOLDS, Meredith A.; JACKSON COTWRIGHT, Caree; POLHAMUS Barbara; GERTEL-ROSENBERG, Allison and CHANG Debbie** (2013). Obesity Prevention in the Early Care and Education Setting: Successful Initiatives across a Spectrum of Opportunities. *J Law Med Ethics* ; 41:Suppl 2:8-18.
- **SIRGY, M. y LEE, D.,** (2008). Well being marketing: an ethical Business philosophy for consumer goods firms. *JBE* 77: 4, 377-403.
- **THE GLOBE AND MAIL** (2011). Publicado el domingo 2 de octubre 2011.
- **VOIGT, K.,** (2014). Child hood Obesity. Ethical and Policy Issues. Oxford Univ. Press.
- **WHITE HOUSE TASK FORCE ON CHILDHOOD OBESITY REPORT TO THE PRESIDENT** (2010). Solving the problem of child hood obesity within a generation. Washington: Executive Office of the President of de United States.
- **WHO. Regional Office for Europe** (2012). Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO.
- **WHO** (2014). GLOBAL STATUS REPORT on non communicable diseases 2014. WHO: Ginebra.
- **WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE** (2012). Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO.