Los detalles muchas veces son tan imperceptibles como poderosos. A quién votamos (o si votamos), cuánto ahorramos, la frecuencia con la que hacemos ejercicio, ir (o no) al médico, vacunarnos, tomar esa pastilla diaria que nos puede salvar la vida. Todas son decisiones importantes y, a veces, de vida o muerte. Y, aunque no nos demos cuenta, dependen de pequeños detalles.

Los detalles importan y esa es una buena noticia, porque significa que lograr cambios de comportamiento puede ser más fácil –y menos costoso– de lo que pensábamos. Algo que se vuelve fundamental, no solo para nuestro bienestar individual, sino para el de nuestra comunidad y hasta el de nuestros países. Pero también es peligroso, porque significa que, si queremos tomar buenas decisiones, tenemos que prestar mucha más atención a las pequeñas sutilezas que inciden en cada paso que damos.

Esto es lo que hace la Economía del Comportamiento y es lo que vienen haciendo muchos expertos (incluidos los autores de este libro): identificar esos detalles y usarlos para mejorar la forma en que tomamos decisiones. ***La ciencia de los detalles*** no es solamente un libro científico. Lleva las enseñanzas de años de investigación a la vida real, del laboratorio a la pista de baile de las decisiones.

PAIDÓS

FUNDACIÓN INECO

BID

La ciencia *de los* detalles

Herramientas simples
para mejorar tu comportamiento
y el de la sociedad

Nicolás Ajzenman + Florencia Lopez Boo

PAIDÓS

LA CIENCIA DE LOS DETALLES

NICOLÁS AJZENMAN Y FLORENCIA LOPEZ BOO

LA CIENCIA DE LOS DETALLES

Herramientas simples para mejorar tu comportamiento y el de la sociedad

PAIDÓS
Buenos Aires • Barcelona • México

Copyright ©2023. Banco Interamericano de Desarrollo (“BID”). Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni los países que representa.

Introducción

Unas 68.237 publicaciones ya habían citado el trabajo de Daniel Kahneman y Amos Tversky "Prospect theory: An analysis of decision under risk" hasta el momento en que escribimos esto. Por lejos, es el artículo más citado en la historia de la economía y es el primero en el campo que hoy llamamos economía del comportamiento. En menos de treinta páginas, Kahneman y Tversky, su coautor histórico, critican la "teoría de la utilidad esperada" –piedra angular de la economía para modelar la toma de decisiones individuales cuando hay incertidumbre–, muestran con experimentos de laboratorio que el comportamiento de las personas viola varios de los axiomas fundamentales de esa teoría y proponen una nueva forma de modelar preferencias. Se trata de uno de los primeros *papers* que nos sugieren que hay algo raro o anómalo en la forma en que los seres humanos tomamos decisiones, que lo que pensamos como racional tal vez no lo sea, o no tanto como nuestros modelos suponen. Nos dice, por ejemplo, que no valoramos las cosas en absoluto, sino en relación a un punto de referencia o que 500 dólares no "valen" necesariamente 500 dólares, porque perderlos nos produce más insatisfacción que la felicidad que nos da ganarlos.

Más allá del contenido específico del trabajo, estos autores sembraron la semilla de una idea más grande y más poderosa que vino un poco después: los seres humanos nos

equivocamos, tenemos errores de percepción, nos cuesta procesar información, nos dejamos guiar por intuiciones, nos afectan las emociones del momento, nos cuesta entender qué nos conviene e, incluso, cuando lo entendemos, nos cuesta actuar en consecuencia porque nuestra voluntad tiene límites.

Durante los más de cuarenta años que siguieron a la publicación de "Prospect Theory", la economía del comportamiento evolucionó en muchas direcciones, pero siempre con la premisa fundamental de entender cada vez mejor cómo tomamos decisiones los seres humanos. Después de todo, eso es lo que hace la economía en general (igual que muchas otras ciencias sociales): buscar siempre entender mejor cómo decidimos.

En el año 2000, el premio Nobel en Economía Richard Thaler escribió un influyente artículo en el *Journal of Economic Perspectives* llamado "Del *Homo Economicus* al *Homo Sapiens*". La conclusión, en referencia a su visión sobre el futuro de la economía, empieza con la siguiente frase: "Mis predicciones pueden resumirse fácilmente: estoy prediciendo que el *Homo Economicus* va a evolucionar en el *Homo Sapiens*". Lo que Thaler quería decir es que la forma en la cual los economistas solemos modelar a las personas como seres hiperracionales (*Homo Economicus*) iba a evolucionar a algo más alineado con la idea conceptual de Kahneman y Tversky: hombres y mujeres que tenemos sesgos, que nos equivocamos en cómo pensamos, cómo percibimos y cómo tomamos decisiones. En personas más parecidas al *Homo Sapiens.* Entender mejor cómo tomamos decisiones los seres humanos no es otra cosa que eso: usar supuestos más realistas en nuestros modelos económicos.

Y no es trivial. Nos interesa entender cómo toman decisiones las personas porque, cuanto mejor lo entendamos, mejor resultarán nuestras predicciones sobre cómo se van a

comportar en diferentes situaciones. Y nos interesa tener buenas predicciones porque en base a ellas es que las personas actuamos y los gobiernos, u organizaciones, diseñan políticas. ¿Cuánto caerá el consumo de cigarrillos si le gravo un impuesto al consumo? ¿Aumentará la evasión fiscal si subo la alícuota de un impuesto? ¿Serán más productivos los empleados si aumento sus salarios? La respuesta a estas preguntas será tan buena como nuestra capacidad de predecir el comportamiento individual. Por eso, saber que las personas se equivocan, o que hacen cosas aparentemente irracionales, no es algo que nos sirva por sí mismo. Lo que nos sirve es entender de qué forma específica nos equivocamos y qué consecuencias tiene eso sobre cómo decidimos. En otras palabras: nos interesa identificar sesgos (desviaciones sistemáticas) en la forma en que tomamos decisiones.

Un sesgo no es un error aleatorio, es un error sistemático, y de eso se ocuparán estas páginas. De lo que la economía del comportamiento viene haciendo desde hace más de cuarenta años: identificar patrones predecibles de aparente irracionalidad. Cuanto más predecible, mejor.

Portarse bien

Richard Thaler publicó en 2015 un libro llamado *Misbehaving* (*Portarse mal*), en donde repasa su carrera, su acercamiento a la economía del comportamiento y es un resumen de lo que había escrito sobre el tema hasta ese momento. El nombre del libro está muy bien elegido: portarse mal es equivocarse, es errar al percibir, al pensar, al tomar decisiones, es estar sujeto a sesgos. En cierto sentido, "portarse mal" resume lo que la economía del comportamiento viene tratando de hacer

desde hace décadas: identificar "anomalías" en la toma de decisiones. Pero portarse mal es un concepto relativo. ¿Portarse mal respecto a qué? ¿Qué sería portarse bien? ¿Si el *Homo Sapiens* se porta mal, el *Homo Economicus* se porta bien?

Pasó mucha agua bajo el puente desde el artículo de Kahneman y Tversky de 1979 y la predicción de Thaler del año 2000 se empezó a materializar. Casi cualquiera de los mejores programas de doctorado en Economía *mainstream* en el mundo tiene un grupo de docentes que desarrolla la investigación de la economía del comportamiento. Cada vez más las revistas de economía prestigiosas publican *papers* del área y cada vez se enseña más como parte de los planes de estudio y no como materia alternativa u opcional.[1] La economía del comportamiento es una parte fundamental de la teoría microeconómica y no simplemente una adenda. Algo parecido ocurre en el mundo de las políticas de gobierno, de empresas y de organizaciones, en general. Las *nudge units*, organizaciones que se encargan de aplicar conceptos de economía del comportamiento en políticas públicas y que empezaron como una idea algo delirante del gobierno británico, se reprodujeron rápidamente a otros gobiernos y organizaciones del mundo, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y varios países, entre otros, la Argentina.[2] Al día de hoy existen más de doscientas organizaciones de este tipo dedicadas a detectar sesgos en la toma de decisiones y a diseñar políticas basadas en estas claves. No solamente organizaciones gubernamentales,

[1] Sin ir más lejos, yo enseñé economía del comportamiento como materia obligatoria para los estudiantes de la orientación de microeconomía en la Universidad Fundación Getulio Vargas-Escuela de Economía de San Pablo durante varios años (Nicolás).

[2] Desde el Banco Interamericano de Desarrollo, brindamos apoyo para la expansión de estos conceptos en todas las áreas del gobierno argentino y de otros países de América Latina (Florencia).

también empresas privadas y organizaciones sin fines de lucro. Todo este conjunto de herramientas, que ya no es tan nuevo, dio y sigue dando más versatilidad para resolver problemas concretos.

Si cada vez más el *Homo Economicus* se parece al *Homo Sapiens*, entonces cada vez más entendemos que las personas tomamos decisiones con racionalidad limitada, sujetas a sesgos y a errores de percepción. Y eso está bien: tener sesgos y racionalidad limitada es portarse como humanos, es portarse bien. Cada vez más, la economía del comportamiento trata sobre los individuos "bien portados", portados como los *Homo Sapiens*.

El almuerzo barato

Bien portados o mal portados, entender patrones anómalos nos ayuda a diseñar políticas efectivas y, en muchos casos, con un costo bajo. Milton Friedman, premio Nobel y uno de los economistas más influyentes de la historia, tiene una famosa frase que dice que "no existe tal cosa como un almuerzo gratis". Y tiene razón. Pero en este libro vamos a tratar de darnos cuenta de que, aunque no hay almuerzos gratis, a veces hay almuerzos bastante baratos (claro que barato no significa gratis, la economía del comportamiento no hace magia).

Tomemos como ejemplo un problema muy grave de salud pública que afecta a una gran cantidad de niñas y niños pequeños en varios países de América Latina: la anemia. Cuando esta no se trata, puede generar disminuciones cognitivas importantes en la adultez, lo cual también impacta en la productividad. La anemia se combate con alimentos ricos en hierro. Si los padres no tienen recursos para acceder a

alimentos ricos en hierro para sus hijos, entonces no hay intervención de economía del comportamiento que pueda ayudar. Si, en cambio, tienen acceso a suplementos con hierro y micronutrientes de forma gratuita y, aun así, la anemia no baja, entonces tal vez sea una buena oportunidad para pensar cuáles son los sesgos que impiden que padres y madres hagan lo que saben que tienen que hacer. Este caso es real. Volveremos a él más adelante en el libro y es un caso sobre el cual trabajamos en El Salvador. Allí, al igual que en muchos otros países de la región, la anemia infantil es un problema severo, especialmente en zonas rurales. La solución típica (y lo que suelen hacer muchos gobiernos) es la que parece más obvia: si lo que falta son micronutrientes, hay que entregar micronutrientes de manera gratuita a las familias. Entre 2015 y 2017, el Banco Interamericano de Desarrollo financió la compra y distribución de micronutrientes a través de las visitas pediátricas y en domicilios. Así, el gobierno de El Salvador entregó exitosamente micronutrientes al 82% de los hogares. Normalmente pensaríamos que la política fue exitosa. Y en cierto sentido lo fue: si había restricciones al acceso de los micronutrientes, esas restricciones desaparecieron para una gran cantidad de los hogares que los necesitaban. Pero el diablo está en los detalles. Los micronutrientes se repartieron pero no se usaron: menos de un cuarto de los hogares consumió los micronutrientes en tiempo y forma. No solo se malgastaron recursos públicos, sino que el problema de la anemia persistió. Entender cómo puede ser que habiendo levantado todas las restricciones de "oferta" (las madres y los padres tenían acceso a micronutrientes) el problema original de la anemia no se haya solucionado nos llevó varios viajes, trabajo de campo y entrevistas. Entendimos

que no alcanzaba solamente con aumentar la oferta. Había otras restricciones vinculadas con la propia decisión respecto de la crianza de sus hijos y sobre la voluntad de llevar a cabo aquello que habían decidido. ¿Sería que el problema es que tenían una percepción equivocada sobre los beneficios del hierro? ¿Sería que subestimaban el impacto de largo plazo de la anemia infantil? ¿O sería que simplemente se olvidaban? Si el problema era que se olvidaban, por ejemplo, mandar un recordatorio (o, simplemente, brindarles un calendario para que lo peguen en la pared) podía ser un buen ejemplo de un "almuerzo barato". El caso refleja uno de los puntos principales que vamos a tratar de resaltar toda vez que podamos: los detalles importan. Esto tiene un aspecto positivo, pero también uno negativo.

Empezamos por lo positivo: que los detalles importen es bueno porque cambiar detalles suele ser barato. La idea de que los detalles importan está basada en una premisa fundamental de la psicología cognitiva y social y es que muchas veces el contexto en el cual las personas tomamos decisiones es más relevante para explicar las decisiones que tomamos que otros factores más estructurales como podría ser nuestra personalidad.[3] Que los detalles importen es bueno porque, en muchos casos, diseñar programas correctamente cuesta lo mismo que hacerlos de forma incorrecta. Si alguna vez recibimos un recordatorio por SMS (por ejemplo, para no perder un turno), hay alguien (o un equipo) del otro lado que pensó qué palabras específicas usar, qué día y hasta en qué hora

[3] Más adelante vamos a contar sobre un artículo que Nicolás escribió y que da cuenta de cómo las condiciones edilicias de las escuelas en donde votamos tienen efectos desproporcionados en la probabilidad de que castiguemos con nuestro voto al intendente que se presenta a una elección. ¿Como puede ser que los pocos minutos que pasamos en un aula de una escuela incidan tanto en nuestro voto? Parece que los detalles sí importan.

del día mandarlo. Enviar un mensaje a las diez de la mañana o a las seis de la tarde cuesta lo mismo, pero el resultado puede ser muy diferente.

En el libro vamos a contar sobre muchos detalles que son clave aunque a veces no los percibamos. Por ejemplo, el "efecto orden". Tal vez no nos hayamos dado cuenta, pero si alguna vez respondimos una encuesta y nos presentaron cinco opciones, es más probable que hayamos elegido las que aparecen primero, independientemente de su contenido. Ese mínimo detalle (el orden en que se presentan las alternativas) importa. Es cierto que responder encuestas es algo poco relevante. Que el orden importe en ese caso no parece muy importante. Pero ese efecto orden también influye en decisiones cruciales. En el libro vamos a conocer sobre un experimento de Nicolás y otros coautores basado en la idea del efecto orden, diseñado para motivar a docentes ecuatorianos a que elijan postular y trabajar en escuelas para poblaciones vulnerables, allí donde más se los necesita. Se trata de una decisión importantísima: dónde trabajar por los próximos años. No solamente es importante para el docente, sino importante para el país, porque tener maestros buenos en escuelas vulnerables es un instrumento fundamental para reducir la desigualdad de origen. La experiencia consistió en una intervención muy sencilla implementada a través de una plataforma *online*. A un grupo se les mostró el listado de escuelas disponibles en orden aleatorio. A otro grupo se les mostró el listado de escuelas disponibles ordenando primero a las escuelas vulnerables y luego al resto. ¿Habrá servido este pequeño detalle para que más docentes apliquen a escuelas vulnerables? Dejamos por ahora la pregunta sin responder, pero enfatizamos un punto importante: listar las escuelas en orden

aleatorio cuesta lo mismo que listarlas en un orden particular. Los detalles importan y muchas veces enfocarse en ellos cuesta lo mismo que no hacerlo.

Vayamos ahora al aspecto negativo. ¿Qué puede tener de malo que los detalles importen? Que entender qué detalles importan es difícil. Volvamos al ejemplo de la anemia infantil y los micronutrientes, un tema en el que Florencia sigue trabajando mucho en la región. Hay diversos motivos que pueden explicar que padres y madres no den los micronutrientes que tienen gratis en su casa a sus hijos. Puede ser, por ejemplo, porque X, Y, Z y cada una de estas variantes requiere soluciones distintas. Hay que ser metódicos, hay que ir al campo, evaluar, probar y volver a evaluar. Hacer intervenciones *porque sí* es una receta perfecta para fracasar. Para que una intervención que busca atacar un sesgo sea efectiva, primero tiene que pasar que ese sesgo exista en la población sobre la que trabajamos y que sea relevante para explicar un comportamiento particular. Si el motivo por el cual padres y madres no les dan los micronutrientes a sus hijos no es que se olviden, sino que subestiman sus beneficios, entonces un recordatorio posiblemente sea inútil. Entender exactamente qué sesgo está operando como barrera en cada paso de la toma de decisión es crucial.

A lo largo del libro vamos a referirnos también a la forma en la cual nos sirve pensar los problemas en clave de economía del comportamiento: pensar hipótesis, medir, evaluar, ajustar y volver a evaluar. Vamos a abordar algunos casos en los que nos fue bien pero también algunos en los que nos fue mal. De esos aprendimos más. Este libro trata justamente de eso: entender cómo los humanos tomamos decisiones y pensar, en función de esto, cómo ajustamos los detalles en

el diseño y la implementación para que para que tomemos mejores decisiones y las políticas sean mas efectivas.

Capítulo 3

Lo que importa es la decisión. ¿O las decisiones?

Imaginemos que somos los responsables de salud del nuevo gobierno del país. Tratándose de un país de ingreso medio/medio-alto, una de las principales causas de muerte (sino la primera) por enfermedad son aquellas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares. Enterado de esto, el presidente convoca de urgencia a un comité interministerial –con nuestro liderazgo– para diseñar una estrategia contra las enfermedades cardiovasculares, con un objetivo concreto: reducirlas en un 20% de acá hacia el final del mandato, en seis años. Se trata de un objetivo ambicioso, pero necesario.

El comité, conformado por ministros y ministras de finanzas, hacienda, salud e infraestructura, se reúne por primera vez y cada miembro presenta sus propuestas preliminares. El presidente, quien encabezó la reunión inicial, quedó muy impresionado por la propuesta de la ministra de infraestructura, quien presentó un programa para duplicar la cantidad de hospitales y centros de atención primaria en todo el país, con un foco en aquellas localidades en donde hay mayor población de riesgo. El programa, según explicó la ministra, permitiría que un 80% de la población urbana de todo el país tenga al menos un centro de atención primaria a menos de ocho kilómetros de su casa. No solo eso, sino que el programa ya contaba con financiamiento completo por parte de organismos internacionales y, según sus cálculos, podría estar concluido en dos años.

El mensaje en la presentación de la ministra fue muy claro: si la gente no tiene adónde ir cuando se siente mal, será imposible detectar las enfermedades a tiempo. La presencia de más centros de salud en un área cercana permitirá que todo aquel que perciba algún síntoma (o manifieste una mera preocupación), tenga la posibilidad de realizarse estudios sin alejarse demasiado de los lugares donde transcurren sus actividades.

Ningún miembro de nuestro gabinete estuvo muy convencido de la propuesta (y, de hecho, fuimos los únicos del comité que votamos en contra), pero, dado que contaba con financiamiento y tenía tanto consenso y el apoyo presidencial, finalmente fue la que se llevó a cabo. Los dos años transcurrieron, la propuesta se implementó de manera perfecta en tiempo y forma y, poco tiempo después, se reportaron los resultados de la evaluación de impacto. Para sorpresa de todos, el impacto fue más bien modesto, casi imperceptible. Si consideramos lo costoso que fue construir tantos edificios nuevos, comprar equipamientos, entrenar nuevos trabajadores en el área, podríamos decir que fue un fracaso rotundo.

A partir de estos resultados, todo el comité quedó alarmado. Tanto dinero invertido, ¿para qué? Nadie entendía bien qué había pasado, ¿cómo era posible que, luego de haber inundado al país de centros especialmente preparados para atender a potenciales enfermos cardiovasculares, todo siguiera igual que antes? Como en el caso de los padres y las madres que llegaban tarde a buscar a sus hijos, las políticas mejor implementadas, aquellas que están atentamente diseñadas, teniendo en cuenta hipótesis y cadenas causales completamente razonables, pueden fallar estrepitosamente cuando nos equivocamos en el modo en que predecimos la toma de decisión individual. ¿En la predicción de cuál decisión falló el gobierno?

Hagamos inducción hacia atrás. ¿Qué necesitamos para reducir las muertes por enfermedades cardiovasculares? Por empezar, que los potenciales pacientes de riesgo cambien algunos hábitos: que hagan más ejercicio, que coman de forma un poco más saludable y, en algunos casos, hasta que tomen alguna medicación. Sin embargo, para que todo eso sea posible, debe ocurrir algo antes: el paciente potencial necesita asistir a una consulta médica. Y, para ir al médico, antes tiene que haber decidido ir al médico.

Cuando pensamos en un resultado final (bajar el número de las muertes asociadas a enfermedades cardiovasculares), en realidad no estamos pensando en modificar una decisión, sino muchas. Y, normalmente, no es uno solo el actor involucrado, sino varios. Para lograr el objetivo que pidió el presidente, dependemos no solo de un cambio de comportamiento del paciente, sino de varios cambios de comportamiento y, no solo del paciente, sino también de todo el personal de salud (personal médico, de enfermería, administrativo) y muchos otros involucrados. Cualquier decisión equivocada puede hacer que una política potencialmente exitosa termine siendo insuficiente. A muchos investigadores que trabajamos con este tipo de cuestiones nos sirve "descomponer" el problema en muchas microdecisiones secuenciales y pensar en cómo un error (una decisión mal tomada, inducida por una anomalía) en cada paso de la cadena puede derivar en un resultado adverso. Por ejemplo, en una construcción masiva de hospitales que no logre reducir la cantidad de muertes por enfermedades cardiovasculares por culpa de una sola mala decisión.[4]

[4] Esta técnica, o variaciones, es común a varias disciplinas y se la conoce con diferentes nombres. Por ejemplo, "Caminos de usuario" es una herramienta común entre quienes trabajan con experiencias de usuario (UX), marketing o Design Thinking (por ejemplo, consultoras como el BIT).

El camino de Luis, el paciente insesgado

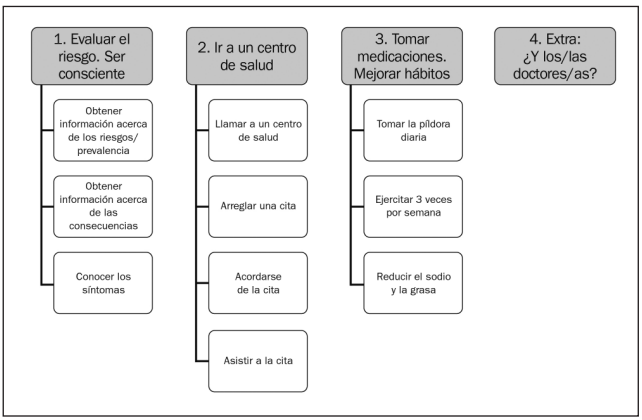
Imaginemos a Luis, un hombre de unos 58 años, con algo de sobrepeso y una vida laboral bastante agitada. Es evidente que pertenece al grupo de riesgo y debería cuidarse. Y, de hecho, lo hace: Luis es un paciente ideal. Tal es así que Luis es un caso de éxito en la política que implementó el gobierno. Al poco tiempo de que se construyó un centro de salud cerca de su casa, Luis comenzó a ir al médico, bajó de peso y mejoró notablemente su estado de salud. ¿Qué tiene de especial Luis? ¿Por qué con él funcionó tan bien el programa de gobierno? Luis es un paciente sin "anomalías". Recordemos los sesgos y las anomalías que vimos en el primer capítulo de este libro. Pues bien, por fortuna, Luis no sufre de ninguno de esos sesgos (ni de ningún otro).

La política que implementó el gobierno funciona muy bien en un mundo lleno de gente como Luis. El motivo por el cual Luis no iba al médico era, sencillamente, porque no había médicos cerca. Cuando la oferta de centros de salud aumentó, la barrera que le impedía concurrir y prevenir un potencial problema, se levantó y el problema se resolvió. Luis tomó una serie de decisiones correctas, que lo condujeron a un final feliz.

Tratemos de descomponer la decisión de Luis en una serie de decisiones: todas aquellas que lo llevaron a actuar para prevenir las consecuencias de una potencial enfermedad cardiovascular. Nuevamente, la inducción hacia atrás nos va a facilitar la tarea. Veamos.

Luis decidió hacer lo que le recomendó el médico: mejorar los hábitos. Primero, empezó a hacer ejercicio tres veces por semana. Luego, comenzó a hacer una dieta baja en grasas. Después de algunas semanas, bajó 5 kilos y se sintió mucho

mejor. Pero antes de tomar la decisión de mejorar los hábitos, Luis tuvo que haber tomado una decisión previa trascendental: acudir al médico, lo cual implicó una serie de varias decisiones relevantes (tuvo que llamar al nuevo centro de salud; pedir un turno, anotarlo, recordarlo); y, finalmente, asistir el día y a la hora indicada. Pero para tomar la decisión de ir al centro de salud (con todo lo que eso implica), Luis tuvo que haber tomado lo que es, probablemente, la decisión más importante de todas: tuvo que haber decidido que era necesario consultar con el médico. Acá hay una sutileza: una cosa es ir al médico y otra es tomar la conciencia suficiente para considerar que es necesario ir al médico. Tomar conciencia significa, entre otras cosas, evaluar correctamente el riesgo. Para ello, Luis tuvo que evaluar correctamente al menos dos cosas: qué tan probable es que se enferme (tiene altas probabilidades, pues está en grupo de riesgo) y las potenciales consecuencias de contraer una enfermedad cardiovascular. Y allí, en la correcta evaluación de su riesgo, es donde empezó todo. La figura próxima resume todo el camino de decisiones correctas que Luis tuvo que tomar hasta llegar al punto final, lo que le permitió bajar sustancialmente su riesgo de contraer alguna enfermedad cardiovascular.



Imaginemos ahora un mundo sin gente como Luis. Un mundo con gente normal, llena de sesgos y anomalías. Gente que, al igual que Luis, es población de riesgo –58 años y con sobrepeso– pero que, a diferencia de Luis, no siempre toma las mejores decisiones. Intentemos reproducir el camino de Luis, pero en nuestra ciudad de gente normal.

En nuestra ciudad de gente normal también construyeron un hospital nuevo, ¿será suficiente? Supongamos que tenemos a 100 personas en nuestra ciudad de normales. Tratemos de transitar con ellos el camino de las decisiones como las de Luis y ver si nos lleva a buen puerto. Lo primero que tiene que pasar para que nuestros pacientes normales lleguen adonde queremos es que logren evaluar correctamente su riesgo: quien no piense que está en riesgo de tener un problema serio, ¿para qué se tomaría el trabajo de consultar con el médico?

Tanto el gobierno como varias ONGs frecuentemente lanzan campañas sobre los riesgos de las enfermedades cardiovasculares, la información al respecto es abundante y siempre lo fue. Pero recordemos que nuestras 100 personas son gente normal, con anomalías y con sesgos. Y para la gente normal, no siempre más información se traduce en mejores decisiones. Recordemos que muchas veces el modo en que formamos nuestras percepciones (por ejemplo, la percepción del riesgo) puede ser anómalo. En salud, una anomalía típica viene de la mano del sesgo de sobreconfianza (o sobreoptimismo). ¿Cómo podemos evaluar bien el riesgo de un tipo de enfermedad tan silenciosa? Especialmente cuando se trata de enfermedades con pocos síntomas (o ninguno), una persona que sufre de exceso de confianza o de optimismo podrá conocer a la perfección las estadísticas de prevalencia de cada una de las enfermedades, podrá saberse de memoria cada *spot*

del gobierno sobre los riesgos asociados a las enfermedades cardiovasculares, pero, al momento de evaluar su propio riesgo, pensará –equivocadamente– que a él, particularmente a él, no le va a ocurrir.

Empezamos con 100 personas, pero resulta que hay unas 30 que sufren del sesgo de sobreconfianza. Ellas se quedan en el camino: no creen estar en riesgo y, por lo tanto, ni siquiera deciden avanzar al próximo paso. Por suerte nos quedan 70: ellas sí lograron internalizar los riesgos a los que estaban expuestos y, por lo tanto, tomaron conciencia de su problema. Decidieron que, estando en riesgo, lo mejor sería visitar un médico.

Setenta personas intentarán hacer lo correcto. Empezarán llamando al centro de salud. Con todos los esfuerzos que hizo el gobierno por construir infraestructura, no consiguió resolver un problema histórico: la dificultad de pedir turno. Con la mejor voluntad, las 70 personas harán el primer intento, pero nadie atenderá del otro lado. Probarán nuevamente en unos minutos, atenderá una máquina y les solicitará amablemente que se queden en línea. Esperarán pacientemente 5 minutos, 7 minutos, 10 minutos, hasta que se cansarán, colgarán e intentarán un rato más tarde por tercera vez. Luego de cuatro intentos, se habrán dado cuenta de que ya perdieron 15 minutos y aún no consiguieron el turno.

Al cuarto intento, la mitad de nuestras 70 personas normales se cansará, dejará de llamar y nunca pedirá el turno en el médico. Qué curioso. Nuestras personas ya habían internalizado el riesgo: sabían que, de no ir al médico, su salud podría verse impactada fuertemente por enfermedades que son evitables. Sin embargo, algo tan insignificante como perder 15 minutos en el teléfono interrumpió sus planes: aun

habiendo decidido que lo conveniente era ir al médico, nunca lo hicieron. ¿Qué son 15 minutos, cuando lo que está en juego es la salud? Parece que mucho.

Los 15 minutos de nuestro caso son un ejemplo de lo que Richard Thaler, en 2015, llamó "factores aparentemente irrelevantes". Aquellas cosas que no deberían importar, que son poco importantes en comparación con el tamaño del problema o de la decisión y que incluso así importan. Cuando nuestra salud está en juego (y lo sabemos), es difícil creer que una traba administrativa pueda tener un efecto sobre nuestro comportamiento, pero la evidencia muestra que, para mucha gente, estas "fricciones psicológicas" o "factores que incomodan" pueden tener un impacto totalmente desproporcionado.

Los factores que incomodan pueden hacer que dejemos de hacer cosas que ya habíamos decidido hacer. Tal vez el trabajo más paradigmático al respecto sea el de Eric Bettinger, profesor de la escuela de educación de la Universidad de Stanford, y otros colegas, a partir del que mostraron que reducir la carga administrativa en el llenado de formularios de aplicación para becas universitarias en Estados Unidos tuvo un efecto desproporcionadamente grande en la cantidad de postulantes (y de ganadores), particularmente entre personas de bajos ingresos. Estamos hablando de miles de dólares anuales y, aun así, pequeños esfuerzos administrativos eran un limitante fuerte a la acción de cientos de personas.

Por culpa de unas aparentemente insignificantes trabas burocráticas, de las 70 personas normales que nos quedaban, ya perdimos a la mitad y nos quedan solamente 35. Este grupo de "sobrevivientes" esperó lo que tuvo que esperar hasta lograr comunicarse, lo hizo y finalmente logró agendar su

turno con el médico correspondiente. Pero claro, aun con el crecimiento en la infraestructura hospitalaria causada por el plan del gobierno, lo cierto es que el primer turno disponible es recién en tres semanas. No hay problema: no hay urgencia, las 35 personas restantes pueden esperar. Finalmente, las tres semanas pasan y llega el momento de asistir a la cita médica que habían marcado. Solo 25 asistieron. ¿Sorpresivo? No tanto. Las tasas de *no-show* hospitalaria suelen superar el 30%, incluso en países desarrollados lo cual, además de representar un costo innecesario para el sistema de salud, puede tener efecto sobre la salud individual de cada paciente que no asiste a su cita. ¿Qué explica este comportamiento? ¿Por qué 10 de nuestras personas, quienes habían evaluado que tenían que ir al médico, quienes se tomaron el trabajo de llamar y pedir un turno, incluso cuando tuvieran que superar un monte de trabas burocráticas, al momento de la cita, simplemente, no asistieron? Porque nuestras personas son gente normal. La gente normal tiene atención limitada y, quienes tienen atención limitada se olvidan de las cosas que no son prominentes. Esta anomalía, que parece tan inocente, es la responsable de los varios millones de dólares perdidos en turnos no realizados en todo el mundo y es la culpable de que 10 de nuestras personas se hayan quedado en el camino. Sigamos a los 25 que nos quedan.

Aquellas que efectivamente llegaron al turno en tiempo y forma fueron atendidas por el médico. Las revisó, hizo los estudios correspondientes y emitió una serie de recomendaciones preventivas. Básicamente, cambios de hábito: salir a caminar todos los días, empezar a comer menos grasas, cambiar pastelería por frutas, dejar de fumar, trabajar menos, descansar más. Por suerte, estos humanos son muy conscientes de la

necesidad de seguir los consejos del médico. Saben que son potenciales pacientes en riesgo (de hecho, evalúan correctamente el riesgo) y conocen bien las consecuencias que puede tener ignorar las indicaciones. Seguramente, hacer dieta es un esfuerzo, pero ellos saben que vale la pena.

Así, cada una de las 25 personas restantes salen de su cita con el médico, motivados y convencidos de hacer lo que ellos saben que está bien. Desafortunadamente, las cosas no siempre salen como se planean. Algunas, unas 15, digamos, sufren de una anomalía muy común: tienen preferencias temporalmente inconsistentes (por ejemplo, sesgo del presente). Quienes sufren de este sesgo suelen ser muy impacientes en el presente, pero creerse muy pacientes en el futuro, lo cual tiende a agravar los problemas de autocontrol.

Al salir del centro médico, estas 15 personas normales y con sesgo del presente decidieron volver caminando a sus casas, aprovechando que es precisamente lo que había indicado el médico. En promedio, caminaron unas veinte cuadras cada una, un trecho que presenta innumerables oportunidades para caer en la tentación. Algunas de ellas –digamos, unas 8–, casualmente, pasaron por la puerta de Atelier Fuerza, la mejor panadería de toda la ciudad. Con tanta buena suerte (o mala), que la panadería estaba por cerrar y, por lo tanto, estaba vendiendo a mitad de precio todos los productos horneados en el día y que, por lo tanto, no podrían guardarse para el día siguiente. Habiendo salido hace instantes del médico, todos saben que la decisión correcta es no comprar nada y seguir de largo. Pero, como ya advertimos, el autocontrol no es la mejor virtud de quienes tienen el sesgo del presente. Al pasar por la puerta de la panadería, nuestras personas con preferencias inconsistentes piensan que, si se

compran ese *croissant* que tanto les gusta, deberán hacer una dieta bastante estricta a partir del día siguiente. Pero eso no es problema, ¿no? Ellas son muy impacientes hoy pero se saben pacientes a futuro. Efectivamente, terminan comprando y comiendo el *croissant*, con la expectativa de empezar su dieta al otro día. Pero el futuro siempre llega y la panadería seguirá ahí. Cada una de las personas que cayó ante la tentación del *croissant* de liquidación pensando que al otro día empezaría la dieta, pasará en algún momento por la misma panadería y la disyuntiva se volverá a presentar. ¿Qué harán nuestras personas con inconsistencia temporal cuando pasen nuevamente por la panadería? Lo más probable es que vuelvan a comprar, como siempre, esperando empezar una dieta en un futuro que nunca llegará.

De los 25 que asistieron a la cita con el médico, acabamos de perder a 8, que nunca lograron seguir la indicación de comer de forma más saludable. Nos quedan 17, siete de los cuales también tienen sesgo del presente pero nunca pasaron por la panadería. Al contrario, llegaron a su casa y se compraron un equipo completo de *running*: el calzado correspondiente, un pantalón adecuado, un brazalete para llevar el teléfono y hasta un reloj especial que calcula velocidad y calorías quemadas. No solo eso: ni bien llegaron a sus casas el mismo día que visitaron al doctor, decidieron comprar una membresía anual para ir al gimnasio.

Pero claro, la gente normal y con sesgo del presente tiende a procrastinar (dejar para mañana lo que pueden hacer hoy). Se suponía que al día siguiente empezarían con su rutina semanal en el gimnasio, pero casualmente ese mismo día el horario se superponía con una salida que habían programado al cine, así que pospusieron el comienzo de su rutina

al próximo día. Lo que no recordaron es que ese día jugaba el equipo de fútbol favorito, y era un partido que no iban a querer perderse, así que decidieron posponer su visita hasta la próxima semana. Con tanta mala suerte que esa semana tuvieron mucho trabajo, al punto que debieron posponerla nuevamente, para terminar no yendo nunca.[5]

Empezamos con 100 personas en riesgo y logramos que solamente 10 transiten el camino completo, desde percibir correctamente su riesgo, hasta poner en práctica el cambio de hábitos que el médico sugirió. Así, la política de construcción masiva de infraestructura hospitalaria (que fue muy costosa) sirvió, en el mejor de los casos, para que un 10% de los pacientes potencialmente propensos a adquirir alguna enfermedad cardiovascular, reduzcan drásticamente su riesgo. Para el 90% restante, la política fue inocua.

Explorar detalladamente el camino óptimo del paciente nos hace notar que cada decisión (ir al médico, por ejemplo), en realidad, está compuesta por una gran cantidad de microdecisiones y, una microdecisión equivocada en cualquier momento de ese camino puede hacer que todo el proceso se caiga. En un mundo de gente como Luis, personas sin anomalías, nada de esto es muy importante. El problema es que el mundo está lleno de personas normales, que sufren de diferentes anomalías afectando a cada una de estas microdecisiones.

El camino está minado de oportunidades para desviarse. Y eso que nos hemos centrado en este caso solamente en el camino del paciente. En realidad, hay muchos otros actores involucrados, que también tienen sesgos y anomalías.

---

[5] La historia que presentamos es hipotética, pero basada en hechos reales.

¿Cómo evitamos perder pacientes en el camino?

El presidente sigue preocupado. Después de invertir tanto dinero, los resultados solo le parecen decepcionantes y recurre a nosotros, responsables del comité, con el fin de que presentemos una nueva idea. Para nuestra fortuna, antes de la reunión con el presidente, ya habíamos comprado y empezado a leer este libro. Para ese momento, ya habíamos notado que, probablemente, la política de expansión de infraestructura y oferta hospitalaria no había sido suficiente simplemente porque los usuarios (es decir, los potenciales pacientes) ni siquiera la estaban usando. Puede haber un hospital en cada una de las cuadras de la ciudad, o dos por cuadra, o incluso tres, y aun así, las enfermedades cardiovasculares sigan existiendo siempre que los pacientes no logren terminar el proceso, desde evaluar correctamente el riesgo hasta seguir las indicaciones de los médicos. Y ahora, ¿qué hacemos para ayudar?

Cada una de las microdecisiones que listamos (y aquellas que no) pueden verse afectadas por anomalías de todo tipo. La buena noticia es que, para combatir a –o aprovecharnos de– muchas de ellas, existen herramientas que en distintos contextos han probado ser bastante exitosas.

Volvamos al camino de los pacientes normales. Tal vez uno de los principales problemas en las políticas de salud vinculadas al cambio de comportamiento tenga que ver con el paso número 1 de nuestro camino: lograr que las personas tomen conciencia y evalúen los riesgos de forma correcta. Este problema no es exclusivo de un tipo particular de enfermedad (las cardiovasculares), sino que es común en casi todas y, en especial, en aquellas cuyos síntomas no son tan

evidentes o tardan en llegar. Un ejemplo clásico es la anemia: una enfermedad silenciosa, pero con mucho impacto si no se la trata. La anemia no tratada puede debilitar la función cognitiva, aumentar el riesgo de infecciones y, a largo plazo, causar pérdidas permanentes en la capacidad productiva. Desde un punto de vista médico, las recomendaciones para reducir la incidencia de anemia infantil son claras y relativamente poco costosas: desde hace algunos años, existen programas que distribuyen micronutrientes de forma gratuita entre poblaciones de riesgo en varios países de la región. Se trata de un complemento que se diluye entre la comida de los niños diariamente y, así, puede tener efectos muy positivos sobre su desarrollo. No hay barreras económicas (el producto es gratis) e, incluso, no se trata de una política particularmente difícil de implementar.

Los gobiernos de países con altos índices de anemia suelen hacer lo que parece una política obvia: si lo que falta es micronutrientes, hay que entregar micronutrientes. Un ejemplo de esto es El Salvador, donde la suplementación con micronutrientes en polvo se introdujo en 2014 como tratamiento preventivo para la anemia en niños. Este proyecto fue parte de una iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo de la que fuimos parte junto con otros colegas. En el caso específico de El Salvador, la meta era reducir un 5% la prevalencia de anemia entre los niños de 6 a 23 meses.

La implementación siguió un enfoque tradicional de los sistemas de salud que se centró en la distribución de los micronutrientes. Se distribuyeron masivamente sin cargo durante las visitas pediátricas (a los 6, 12 y 18 meses) en los centros públicos de atención primaria de salud, acompañada de una campaña de marketing social que incluyó folletos

para cuidadores, carteles e incluso un recetario demostrando cómo utilizar los micronutrientes. En una etapa posterior, se agregaron visitas domiciliarias de los trabajadores de salud comunitarios a las familias para brindar aliento y asesoramiento y para monitorear la adherencia. Este enfoque fue eficaz para garantizar que los niños y las niñas recibieran mayoritariamente los micronutrientes. La intervención se ocupó de levantar exitosamente todas las barreras. La logística del programa había funcionado bastante bien. Por supuesto, no perfectamente (cada tanto algún atraso en las entregas, por ejemplo), pero en líneas generales los micronutrientes estaban disponibles para quien quisiera.

Sin embargo, la anemia no bajaba a los niveles esperados. Lo que nos dice la ciencia es que el efecto de tomar en tiempo y forma ese tipo de suplementos tiene que ser grande. En un mundo ideal, la prevalencia de anemia podía ser tan baja como en países desarrollados. Pero no lo era. Entender qué ocurría llevó trabajo de campo y entrevistas. Hablamos con decenas de padres y madres, médicos y visitadoras médicas. Entendimos claramente que no se trataba solamente de un problema de oferta. Claro que entregar los micronutrientes era necesario, pero estaba muy lejos de ser suficiente. Había otras restricciones que tenían que ver con la decisión de padres y madres sobre la crianza de sus hijos y sobre su poder de voluntad de actuar en función de sus decisiones. Incluso habiendo entregado exitosamente dosis suficientes de micronutrientes a casi el 82% de madres y padres a cargo de niños menores de cinco años en pueblos rurales de El Salvador, solamente el 24% los tomaban en tiempo y forma. ¿Se olvidarían de darles los micronutrientes a sus hijos porque estaban muy (pre)ocupados con otras cosas? Sendhil Mullainathan y

Eldar Shafir, dos prolíficos investigadores del área, muestran con varios ejemplos en su libro *Scarcity* que los problemas de la racionalidad limitada son particularmente severos para las poblaciones en contextos de pobreza, porque su "ancho de banda" (*bandwidth*) mental está ocupado con problemas diarios muy apremiantes. Cualquier persona expuesta a una situación en la que las condiciones básicas de vida no están aseguradas pierde espacio mental para preocuparse por otro tipo de decisiones que precisan de tiempo y esfuerzo y que tienen consecuencias de largo plazo. ¿Alguna vez pensamos (o nos pasó) qué tan a conciencia podríamos pensar y decidir sobre nuestra salud, educación o ahorro si tuviéramos que invertir tiempo de nuestra vida en solucionar problemas básicos como dónde vamos a dormir hoy o qué van a comer nuestros hijos mañana?

Hacia principios de 2018, estudiamos el problema, investigamos los motivos por los cuales no les daban los micronutrientes a sus hijos e hijas y pensamos en alternativas para motivarlos (el trabajo completo que escribimos en 2020 puede leerse en Bernal y otros).

Lograr que se visibilice el riesgo de una enfermedad que no se nota puede ser más complicado que distribuir micronutrientes de forma masiva. Los síntomas de la anemia infantil se perciben como normales en las poblaciones de bajos ingresos. La anemia, al menos en el corto plazo, es invisible. Peor aún: la anemia rara vez se diagnostica en estos contextos. ¿Por qué? En la literatura de salud pública se considera que realizar exámenes regulares de anemia en poblaciones rurales como la de El Salvador no brinda información relevante dado que la gran mayoría de los niños tienen o tendrán anemia en algún momento: no paga el costo. La recomendación,

entonces, es no hacer tests y recetar micronutrientes a todo el mundo, de forma casi automática. El problema de esta recomendación es que ignora que la medición y el diagnóstico por sí mismos pueden tener un efecto sobre la percepción de riesgo, especialmente cuando se trata de enfermedades con síntomas poco visibles. Pensémoslo un minuto: cuando la madre o el padre llevan a sus hijos a la visita médica, les miden un montón de cosas y les dan recomendaciones en función de las mediciones (altura, peso, pulso). Es natural que quien acuda a la visita se tome todas esas recomendaciones en serio, porque el propio diagnóstico (positivo o negativo) hace que ese riesgo sea saliente. La anemia, en cambio, parece tener mucho menos protagonismo, no se mide ni se ve. Ese detalle que encontramos en el terreno, la falta de medición, hace toda la diferencia.

En economía del comportamiento aplicada a la salud, lograr que los pacientes internalicen de forma correcta el riesgo resuelve una parte crucial del problema. Así como en El Salvador era importante que las madres y los padres reconocieran el riesgo al que están expuestos sus niños con anemia, también lo será cuando el paciente en cuestión sea un potencial enfermo cardiovascular u oncológico. Nadie buscará ayuda ni prevención si no reconoce el riesgo que está corriendo.

Pensemos, por ejemplo, en la detección temprana de cáncer. En particular, tomemos el caso del cáncer de mama, el más prevalente entre mujeres, según la Sociedad Americana de Cáncer y, cuya capacidad de cura (es decir, la tasa de supervivencia luego de cinco años) –en caso de detectarse a tiempo– puede llegar hasta el 99%. Los métodos de detección de este tipo de cáncer pueden variar según el caso y la edad, pero un examen estándar y efectivo son las mamografías, un

estudio que se recomienda realizar con cierta frecuencia a mujeres, especialmente a partir de cierta edad. El beneficio (neto de los costos) de realizar chequeos frecuentes es muy alto y así lo entienden la mayoría de los países, quienes no solo realizan campañas recurrentes, sino que, en muchos casos, hasta proveen el servicio de forma gratuita en el sistema público. Y aun así, la tasa de uso suele ser mucho más baja de lo que debería. En Argentina, por ejemplo, según un informe de la Fundación Avon de 2021, algo más del 40% de las mujeres se realizan mamografías anualmente (57% entre mayores de 40). Peor todavía, el 16% de las mujeres mayores de 40 nunca en su vida se realizaron el test.

Al igual que con las enfermedades cardiovasculares, si quisiéramos reducir drásticamente las muertes por cáncer de mama, el primer paso sería lograr que todas las mujeres internalicen el riesgo asociado a la enfermedad: su prevalencia y las consecuencias negativas que puede traer en caso de contraerla. ¿Cómo puede ayudar la economía del comportamiento? Recordemos lo siguiente: el encuadre de la información importa. Aquel encuadre que logre hacer cierta información más prominente será el que mejor funcione para transmitir un mensaje. En un trabajo de Sara Banks y otros colegas, de 1995, ellos estudiaron el efecto de un cambio sutil en las comunicaciones de una campaña de concientización que buscaba aumentar la cantidad de mujeres que se realicen una mamografía. Ambos grupos implicados en el estudio (de tratamiento y de control) miraron un video que proveía información sobre la mamografía, el cáncer y la prevención. La única diferencia es que el tono del mensaje variaba en cada grupo. En el primero, la información se presentó con un encuadre de "ganancia", mientras que, en el

segundo, el mensaje fue presentado con un mensaje de "pérdida". En un caso, por ejemplo, un mensaje típico diría que "Vamos a mostrarle que detectar el cáncer de mama en etapas tempranas puede salvar su vida", mientras que, en el otro el mismo mensaje tendría una redacción ligeramente diferente: "Vamos a mostrarle que no detectar el cáncer de mama en etapas tempranas puede costarle su vida".[6] La diferencia es sutil pero poderosa. La autora muestra que aquellas mujeres que vieron el video encuadrado con tono de pérdida, tuvieron una probabilidad notablemente más alta de hacerse una mamografía en los siguientes seis o doce meses, frente a aquellas mujeres que vieron el video encuadrado con tono de ganancia. Por supuesto que este es solo un ejemplo: no hay una receta única ni una bala de plata. Volver visible el riesgo asociado a determinada enfermedad puede lograrse de diferentes formas, dependiendo del caso y del contexto.[7] Como dijimos, los detalles sobre la forma en que se presenta la información (en este caso, aprovechando la idea de aversión a la pérdida) son importantes a la hora de diseñar campañas.

El ejemplo de las mamografías tranquilamente podría utilizarse para el caso de las enfermedades cardiovasculares. Lo primero que podríamos proponer, volviendo a nuestro caso inicial, es una campaña de concientización, cuya comunicación está informada por todas las enseñanzas que la economía del comportamiento tiene para ofrecernos en estos casos. De esta manera, tal vez ya no perderíamos a esas 30 personas normales que habíamos perdido en el paso 1. Supongamos, entonces que seguimos con 100.

---

[6] Traducción propia.

[7] De hecho, no siempre es cierto que un encuadre de pérdida funcione mejor que uno de ganancia. Dependerá del tipo de mensaje y de problema.

Llegamos al paso 2. Logramos que todas y cada una de las personas en riesgo tomen la decisión de consultar con un médico, pero ahora tenemos que lograr que efectivamente lo hagan. La buena noticia es que alguien tuvo la brillante idea de mejorar el sistema de turnos para simplificarlo. Sabiendo que pequeñas trabas burocráticas pueden tener efectos desproporcionados, se pasó a un sistema de turnos en línea, suficientemente fácil como para que la mayoría de quienes lleguen a ese punto, logren obtener su turno. Y funcionó: nada es perfecto, pero de los 100 iniciales, logramos quedarnos con 80 que, efectivamente, pidieron su turno.

Ahora solo falta un detalle: que acudan a la visita el día y a la hora que les corresponde. Las cosas aparentemente triviales son, muchas veces, aquellas que más limitan nuestras acciones. Para superar esas barreras, existen soluciones sencillas que también pueden parecer irrelevantes, pero no lo son. La economía del comportamiento ha mostrado como, en escenarios muy diversos, pequeños recordatorios en el momento clave pueden aumentar significativamente la chance de que una persona realice una acción que ya había decidido realizar pero que, como les sucedió a muchas de nuestras personas normales, no logró hacerlo.

En un estudio de 2014, los economistas Steffen Altmann y Christian Traxler diseñaron un experimento sencillo, con el objetivo de aumentar la cantidad de visitas al odontólogo de un grupo de pacientes alemanes: enviaron recordatorios vía SMS. El resultado fue contundente: la probabilidad de volver al dentista a hacer un chequeo resultó 10 puntos porcentuales mayor en el grupo de aquellos que recibieron los recordatorios. Un resultado similar al que encontraron en 2015 Dan Berry y otros colegas para Gran Bretaña: luego de enviar

aleatoriamente mensajes por SMS a pacientes en los que recordaban los turnos que tenían agendados, lograron reducir significativamente la tasa de *no show*.

Siguiendo con el ejemplo de la detección temprana de cáncer, en Uruguay, Ana Cuesta, Mario Sanchez y coautores demostraron en 2021 que una intervención simple vía mensajes de texto fue efectiva para aumentar la cantidad de citas para realizar el estudio de Papanicolaou. Los recordatorios, cuando están bien diseñados, pueden ser herramientas de bajo costo y muy poderosas. Así como funcionaron en el caso de las citas a los estudios de Papanicolaou, seguramente también funcionen para que los pacientes de riesgo cardiovascular se presenten a sus propias citas médicas. Pero, ¿y si no podemos mandar mensajes de texto? Por suerte, hay otras herramientas que también nos podrían ayudar.

Pensemos en la última vez que agendamos una reunión de trabajo. Si trabajamos en una oficina, lo más probable es que, cuando alguien nos pide armar una reunión, lo primero que hagamos es abrir un programa con un calendario, vayamos directo a la fecha propuesta, verifiquemos que no tenemos nada agendado y marquemos la invitación en la fecha y la hora correspondientes. Esta simple acción tiene un doble objetivo: por un lado, claro, dejar programado un recordatorio. El día y la fecha de la reunión, recibiremos una notificación y eso ayudará a que no nos olvidemos. Por otro lado, el simple hecho de planificar nos ayudará a reducir la probabilidad de incumplimiento. Planificar obliga a pensar cuáles son todos los potenciales obstáculos que podrían aparecer y, desde un inicio, prepararse para ellos: verificar que no haya ninguna otra reunión y pensar en qué cosas tendremos que delegar para evitar interrupciones.

La diferencia entre decir "el jueves nos reunimos a las 4" y pensar en cada uno de los pasos que tienen que suceder para que, efectivamente, el jueves pueda existir tal reunión, es sutil pero relevante. Así, una forma efectiva de aumentar las tasas de cumplimiento de aquellos que ya decidieron hacer algo es simplemente invitarlos a planificar. Un ejemplo clásico es el de Katherine Milkman (profesora de la escuela de negocios de la Universidad de Pennsylvania y una de las más prolíficas investigadoras en ciencias del comportamiento enfocada en mejorar hábitos) y sus coautores de 2012, en un experimento en el que evaluaron formas de reducir las ausencias en estudios de colonoscopías programados. El equipo entregó recordatorios en forma de cartas a diferentes grupos de hombres. El primer grupo solamente recibió el recordatorio. El segundo recibió la misma notificación, acompañada de un espacio en blanco, con una invitación a llenar día, hora y médico a cargo del estudio. Esta invitación es lo que la literatura de economía del comportamiento llama herramienta de planificación (*planning prompt*). El grupo que recibió la invitación a llenar los detalles (día, hora y médico a cargo del estudio) tuvo una probabilidad muy superior de asistir al turno de la colonoscopia programada.

Supongamos que la idea de enviar recordatorios y herramientas de planificación a quienes solicitan turnos fue bien aceptada e implementada, de manera que, de los 80 que fueron asignados a un turno, solamente se pierde un 25% en el camino: quedan 60 personas normales que asisten al médico en tiempo y forma, pasan la revisión, y se hacen los exámenes correspondientes. Llega la parte más difícil: seguir las indicaciones y cambiar los hábitos. Recordemos todas las personas

normales que se podrían quedar en el camino si, por ejemplo, tuvieran preferencias temporales inconsistentes.

No vamos a poder cambiarle las preferencias a nadie, pero lo que sí podemos hacer es incorporar este tipo de preferencias al diseño de políticas. Las herramientas para atenuar los problemas de autocontrol y de procrastinación, o simplemente para generar cambios persistentes de hábito, han sido objetos recurrentes de la investigación en economía del comportamiento, en aplicaciones en campos tan diversos como la educación, la salud o el ahorro. ¿Recordamos el caso de Ulises, que se ataba las manos para evitar caer ante la tentación que implicaba el canto de sirenas? ¿O de las cuentas SEED, que no permitían disponer libremente del dinero propio hasta alcanzar una meta autoimpuesta? Todos estos "dispositivos de compromisos" pueden ser herramientas efectivas para combatir los problemas de autocontrol.

¿Cómo podríamos adaptar una herramienta de ese tipo –por ejemplo, las cuentas SEED– para mejorar los hábitos de salud? Pensemos en un ejemplo concreto: posiblemente, lo primero que el médico les indicó a los pacientes que llegaron al turno es que dejen hábitos perjudiciales, como fumar. Se trata de un hábito perfectamente ilustrativo del tipo de problema que tratamos de resolver: una decisión que en muchos casos ya tomamos ("voy a dejar de fumar") pero que, cuando llega el momento, simplemente no lo hacemos: no nos controlamos y volvemos a caer.[8] Así como cuando queremos evitar caer en la tentación de gastar lo que nos gustaría ahorrar, podemos usar las cuentas del tipo SEED; cuando queremos evitar caer en la tentación de fumar cuando nos gustaría dejar

[8] Kevin Volpp, de la Universidad de Pennsylvania, y sus coautores, en 2009, mostraron que el 70% de los fumadores manifiestan querer dejar de fumar, pero menos del 3% logra hacerlo.

de hacerlo, podemos usar los productos del tipo CARES (acrónimo de *Committed Action to Reduce and End Smoking*). Los economistas Xavier Gine, Dean Karlan y Jonathan Zinman, en 2010, diseñaron este producto que resultó ser muy exitoso en un experimento implementado en Filipinas.

CARES es un ejemplo prototípico de un dispositivo de compromiso. El fumador interesado en dejar de fumar tendrá la posibilidad de utilizar voluntariamente esta herramienta que funciona de la siguiente forma: se comprometerá a dejar de fumar, aceptará someterse a un test regular y, desde el momento en que firma hasta que se cumplan seis meses, depositará dinero en una cuenta (que no devenga ningún tipo de interés) a la cual no podrá acceder hasta terminado el proceso y solamente podrá hacerlo en caso de haber cumplido con su palabra. Si en alguno de los testeos regulares se detectara que el participante fumó, el dinero que acumuló en la cuenta dejará de pertenecerle. El punto relevante de este mecanismo es que cada uno de los pasos es completamente voluntario: participar, o no hacerlo, dejar un monto grande o chico, dejar dinero de forma regular o esporádica. No hay ninguna obligación: aquel que abra la cuenta, podrá dejar centavos (o nada) o cientos de miles de dólares, totalmente de acuerdo a su voluntad.

¿Por qué asumir un costo cuando se podría dejar de fumar gratis? Por el mismo motivo que aquel que abre la cuenta SEED decide imponerse un costo, en vez de ahorrar utilizando instrumentos aparentemente más convenientes: porque, si somos suficientemente sofisticados, sabemos que podemos tener problemas de autocontrol y queremos evitarlos. En el experimento de CARES, el resultado fue notablemente exitoso: el grupo de fumadores a quienes se les ofreció el

producto, en promedio, logró dejar de fumar (luego de doce meses) con una probabilidad de hasta 5,7% mayor que el grupo a quienes no se les ofreció.

Los dispositivos de compromiso pueden ser herramientas poderosas para reducir los comportamientos impulsivos, pero tienen sus limitaciones. Por empezar, al tratarse de una herramienta estrictamente voluntaria, el éxito depende del grado de adhesión, el cual, a su vez, depende de qué tan conscientes seamos de nuestras propias limitaciones. En el caso del producto CARES, cerca de un 11% de las personas a quienes se les ofreció la herramienta la adoptaron.

Un componente fundamental de nuestros hábitos es, precisamente, que nos cuesta incorporarlos, pero, una vez incorporados, nos cuesta dejarlos. Esto vale para comportamientos negativos, aunque también para los positivos. Dejar de fumar es difícil, sin embargo quien haya logrado reemplazar ese hábito por uno más saludable de manera sostenida por un período largo de tiempo, probablemente logre mantenerlo. De manera similar, ir al gimnasio de forma regular nos cuesta bastante, pero una vez que logramos construir una rutina posiblemente la mantengamos por algún tiempo. Con este principio en mente, Gary Charness y Ari Gneezy (2009), dos economistas pioneros en la disciplina, realizaron un experimento sencillo para inducir a un grupo de jóvenes a que vayan regularmente al gimnasio a hacer ejercicio: les ofrecieron un incentivo monetario por asistir, primero durante la primera semana y, luego, uno adicional para las siguientes cuatro. El primer resultado, tal vez poco sorprendente, es que el grupo de estudiantes que recibió incentivos efectivamente acudió al gimnasio con mayor frecuencia que el grupo al que no se le ofreció un esquema de incentivos. Pero lo más interesante es

que esta diferencia se mantuvo aun cuando los incentivos ya habían terminado. El pequeño y temporal incentivo monetario sirvió para generar un hábito que persistió en el tiempo.

Evidentemente, los incentivos no son una idea de la economía del comportamiento. Por el contrario, casi por definición, es una política típica basada en las enseñanzas más básicas de la economía: las personas responden a incentivos. Como casi todo en economía del comportamiento, la novedad está en los detalles. La economía del comportamiento ha relacionado la formación de hábitos con los problemas de autocontrol de diversas formas: el sesgo del presente, por ejemplo, puede hacer que tendamos a sobreponderar el costo inicial de hacer una actividad que implica alguna inversión presente para obtener una ganancia futura (ponernos en forma para ir al gimnasio de forma regular, por ejemplo). O bien, tal como explican los economistas Loewenstein y O'Donoghue (2004), es posible que nuestras acciones impliquen siempre una tensión entre decisiones afectadas por factores emocionales o contextuales de corto plazo y otras afectadas por un proceso deliberativo y racional de largo plazo. En cualquiera de estos casos, cobra una relevancia especial la estructura del incentivo: no se trata de pagarle a alguien el costo (en términos de cansancio o de esfuerzo) para compensar la insatisfacción que le genera hacer una actividad que no le gusta (si así fuera, el incentivo debería ser permanente), sino más bien ayudarlo a pagar esa inversión inicial, en el momento clave de su proceso de decisión.

Tal vez la muestra más clara de cómo los incentivos pueden ser combinados con conceptos clave de la economía del comportamiento son los llamados "paquetes de tentación". En un experimento realizado por Katherine Milkman y sus

coautores en 2014, evaluaron el efecto de ofrecer un producto "tentador" (algo que todos "quieren") asociado a una actividad no muy tentadora pero sí muy deseable (algo que todos "deben"). El "paquete de tentación" contenía un audiolibro (de novelas, digamos, intelectualmente poco desafiantes, de esas que generan culpa leerlas, pero que son entretenidas) que solamente podía ser utilizado en el gimnasio. ¿Qué mejor que permitirnos darnos el gusto de hacer lo que nos da culpa, sabiendo que estamos compensando con algo que no nos gusta, pero nos hace bien? Efectivamente, el experimento mostró resultados muy positivos: un 50% de aumento en las visitas al gimnasio para aquellos que recibieron el "paquete de tentación". Con todas estas herramientas, seguro que varios de nuestros "sobrevivientes" (esos que fueron al médico) logren evitar caer en la tentación en la que no quieren caer.

El camino de los pacientes es probablemente mucho más complejo de lo que presentamos. No se trata de una decisión, sino de un conjunto de microdecisiones que las personas tenemos que tomar cada vez que perseguimos algún objetivo. El diseño de cualquier política o programa debería tener en cuenta que en cada uno de los puntos en donde se toma una microdecisión, podemos "perder" gente en el camino: los detalles importan, por lo que entender cuáles anomalías son factibles de afectar el proceso decisorio en cada momento es fundamental. Cuanto mejor las entendamos, más efectivos seremos.

Material gratuito de difusión sin valor comercial.