

Ref: Comentarios a documento de actualización de medidas de participación y protección de los televidentes, especialmente de los NNA

El documento de la Comisión de Regulación de Comunicaciones (en adelante la Comisión) identifica una insuficiencia regulatoria en términos de contenido publicitario dirigida a NNA, calificando a la Resolución CRC 5050 del 2016 como una norma de baja correspondencia con los nuevos hábitos de consumo de publicidad y de las tendencias internacionales. Así, el texto describe alternativas regulatorias para dar respuesta a las consecuencias derivadas de esa problemática ofreciendo tres propuestas de abordaje: (i) la autorregulación, (ii) estrategias pedagógicas y (iii) prohibiciones específicas para el contenido publicitario.

Asimismo, en el texto se hace referencia a los derechos de NNyA con respecto a la transmisión de contenido publicitario, destacando la importancia de velar por su bienestar frente a prácticas publicitarias, que se identifican como “potencialmente perjudiciales”. Con respecto a esta afirmación resulta importante señalar que desde Dejusticia hemos insistido en la necesidad de una regulación robusta de las estrategias de publicidad y promoción —toda clase de comunicación o de mensaje comercial concebido para aumentar el reconocimiento, la atracción o el consumo de determinados productos y servicios (OMS, 2010)— de productos ultraprocesados, dirigidas a niños y a niñas, por los efectos que tienen en su salud y en su desarrollo psicológico. Así, cuestionamos la afirmación de efecto “potencialmente perjudicial”, pues la evidencia científica es clara en las consecuencias para la salud que tiene el consumo de publicidad de productos ultraprocesados en NNA

Alternativas Regulatorias:

1. Autorregulación

Entre las alternativas regulatorias la Comisión hace referencia a una estrategia de autorregulación de la industria que consta de dos momentos, a saber: (i) establecer un código de autorregulación y (ii) diseñar una estrategia de difusión de este código entre los televidentes y la ciudadanía en general, durante los próximos tres (3) años. De otra parte, establece un reporte anual del seguimiento, cumplimiento y difusión que cada operador haga de las medidas autorregulatorias en todas las etapas de la emisión televisiva. Este reporte podrá ser requerida con el debido tiempo por la CRC para efectos de evaluación ex post de la medida no regulatoria

En este marco, la evidencia es clara al señalar que, la ausencia de mecanismos legales con sanciones específicas que permitan al Estado darle seguimiento y vigilancia a la implementación de estas medidas de autorregulación, hace que estos acuerdos no sean eficientes para resolver la problemática de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, por la publicidad de productos cuyo consumo reiterado tienen efectos nocivos en su salud (Potvin & Dubois, 2011). En concreto, la evidencia científica señala que la autorregulación no es una medida efectiva para proteger a los niños y niñas de la publicidad. Un meta-análisis de 2014 sobre la autorregulación de la industria alimentaria en el mundo en términos de regulación de publicidad (Ronit y Jensen, 2014) concluyó, entre otras cosas, que hay relativo consenso en que la autorregulación tiende a ser voluntaria, lo cual es una gran debilidad porque, en aquellos casos donde la industria se compromete, suele haber manipulación de los estándares, por ejemplo, al ofrecer una interpretación

diferenciada de algunos términos (la palabra «niño», por ejemplo); y ii) ésta es frecuentemente usada como una estrategia para prevenir la introducción de regulaciones más estrictas (Ronit y Jensen, 2014).

En Colombia, la autorregulación de las empresas se ha visto reflejada en dos acuerdos de autorregulación que no han demostrado su eficacia. En 2016, ocho empresas de bebidas azucaradas firmaron un Acuerdo de Autorregulación de la Industria de bebidas azucaradas (ANDI y Cámara de la Industria de Bebidas, 2016). Este acuerdo era insuficiente para la protección de la publicidad en varios sentidos: i) primero, establecía un estándar de protección mucho más bajo que el propuesto por la OMS y la OPS no solo porque no tenía en cuenta el modelo de perfil de nutrientes sino porque restringía la publicidad solo a menores de 12, lo que va en expresa contravía de lo señalado en las recomendaciones de la OMS y la OPS que disponen que las restricciones deben estar dirigidas a los menores de 16 años; ii) segundo, el acuerdo exceptúa aquellos casos en que los colegios solicitan la promoción y la publicidad para propósitos institucionales, educacionales o informativos, es decir, es discrecional de la administración de cada colegio (Guarnizo Peralta, 2017); además, iii) no incluían un mecanismo de seguimiento a los compromisos con lo cual su implementación era difusa. En 2019, la Industria emitió un segundo Acuerdo de Autorregulación que incluía un mecanismo de seguimiento al acuerdo implementado por la misma Industria. Este acuerdo incurre en los mismos errores del primero (Guarnizo Peralta, 2022) y no existe evidencia de que se haya implementado.

Finalmente, las recomendaciones más recientes por parte de la OMS, en el documento *‘Actuar para proteger a los niños del impacto dañino de la publicidad de alimentos: un acercamiento basado en derechos del niño’*, del original en inglés *‘Taking action to protect children from the harmful impact of food marketing: a child rights-based approach’* (2023), señalan que son los gobiernos, y no las empresas, quienes están mejor posicionados para implementar de manera efectiva políticas para proteger a todos los niños del impacto dañino de la publicidad de alimentos. Esto teniendo en cuenta que:

“Las restricciones obligatorias a la comercialización de alimentos pueden ir acompañadas por disposiciones coercitivas, como sanciones que afecten operaciones comerciales y multas significativas, mientras que las acciones voluntarias y la autorregulación de la industria son generalmente no son exigibles y no tienen el mismo impacto comercial, lo que significa que son menos disuasivos. Cuando hay poco o sin riesgo de sanción (financiera), las empresas pueden decidir y de hecho deciden no autorregularse.

Las restricciones obligatorias a la comercialización de alimentos igualan el campo para las empresas, porque el cumplimiento no depende del compromiso voluntario de la industria. Esto es importante en un contexto empresarial, donde las empresas compiten por cuota de mercado. Las restricciones obligatorias reducen las oportunidades para que las empresas obtengan ventaja en el mercado a través del incumplimiento (una opción que todavía está abierta para ellos por medio de acciones voluntarias, como la autorregulación)” (p.10)

En el mismo sentido la Guía de la OMS *‘Políticas para proteger a los niños del impacto dañino de la publicidad de alimentos’* (Policies to protect children from the harmful impact of

food marketing. WHO Guideline) (2023) señala específicamente como una de sus recomendaciones:

“La OMS sugiere implementar políticas para restringir la publicidad de alimentos ricos en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, azúcares libres y/o sal a los que están expuestos los niños, y que dichas políticas deben:
- ser obligatorias” (p.23).

En conclusión, creemos que esta opción regulatoria no toma en cuenta la evidencia científica disponible, ni las recomendaciones de organismos autorizados como la OMS.

2. Implementación de una estrategia pedagógica y el desarrollo de recursos didácticos que promueva la protección de la infancia en el contenido publicitario

Otra estrategia propuesta por el documento, es el desarrollo de una pedagogía y de recursos didácticos. Así, se propone el diseño de una estrategia pedagógica en el marco de los proyectos, en un tiempo de dos (2) años, dirigida a grupos de valor del sector audiovisual (operadores del servicio público de televisión, servicios OTT, padres de familia e instituciones educativas).

En relación a este punto, desde Dejusticia hemos resaltado que una estrategia basada exclusivamente en la respuesta individual, como puede ser la educación de las personas y la promoción de la actividad física, no es suficiente. Se necesitan medidas que aborden los contextos obesogénicos en los que nos desenvolvemos y que promuevan hábitos más saludables (Guarnizo Peralta, Diana 2023). La Oficina del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (OHCH, 2020) ha afirmado que la efectiva garantía del derecho a la salud incluye la obligación de proteger a la población frente a posibles acciones perjudiciales de actividades de agentes no estatales, como las grandes empresas privadas del sector alimentario, haciendo referencia a la necesidad de restringir el marketing y la publicidad dirigida a niños y niñas.

De otra parte, en relación con la publicidad dirigida a NNA, el Comité de Derechos del Niño estableció, en su Observación General n.º 16 (Comité de Derechos del Niño, 2013), que las medidas para garantizar el artículo 6 de la Convención y que hace referencia al derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo de la niñez, «deberán en función del contexto incluir medidas preventivas como la regulación y la supervisión efectivas de los sectores de la publicidad y la mercadotecnia y del impacto ambiental de las empresas» (Comité de Derechos del Niño, 2013b). Recientemente, la Relatoría de Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, en su más reciente informe, afirmó se forma contundente que los Estados deben restringir la publicidad, promoción y patrocinio de productos ultraprocesados con fines a evitar la exposición de NNA y protegerlos de sus impactos perjudiciales (Relatoría DESC, 2023).

En ese sentido, desde Dejusticia consideramos que si bien las estrategias de pedagogía son relevantes para la política pública, no debería ser el eje central ni exclusivo de la

misma, pues tal y como lo describen diferentes organismos internacionales de derechos humanos estas estrategias al vacío, sin una regulación normativa de carácter obligatorio, no logran realmente atacar el problema identificado por la Comisión, que es proteger a los menores de las nuevas dinámicas publicitarias.

3. Establecer prohibiciones para el contenido publicitario que se transmite a través del servicio público de televisión

Finalmente, la última alternativa regulatoria que desarrolla el texto propone establecer prohibiciones específicas para el contenido publicitario. Entre esas restricciones, se encuentra la promoción de productos comestibles ultraprocesados, estableciendo lo siguiente:

“Prohibir la emisión de cualquier tipo de publicidad que presente o haga referencia a productos comestibles o bebidas no alcohólicas dirigidos a niños, niñas, y adolescentes, sin el etiquetado frontal de advertencia, en los términos establecidos en la Ley 2120 y demás normas que la reglamenten, modifican o sustituyan”

En este marco, consideramos que el establecimiento de prohibiciones expresas sigue las recomendaciones de la OMS y la evidencia científica en la materia; y por tanto es la alternativa más adecuada si se compara con las dos anteriores. Sin embargo, creemos que la misma debería guiarse por las demás recomendaciones que establece la misma OMS en este tema y que expresamente señalan:

“La OMS sugiere implementar políticas para restringir la publicidad de alimentos ricos en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, azúcares libres y/o sal a los que están expuestos los niños, y que dichas políticas deben:

- ser obligatorias
- proteger a los niños de todas las edades;
- utilizar un modelo de perfil de nutrientes dirigido por el gobierno para clasificar los alimentos cuya publicidad se restringirá;
- ser lo suficientemente completo para minimizar el riesgo de migración del marketing a otros medios, para otros espacios dentro del mismo medio o a otros grupos de edad; y
- restringir el poder de persuasión del marketing de alimentos”. (OMS, 2023, p.23)

Siguiendo estas recomendaciones, desde Dejusticia creemos que de adoptarse la prohibición, ésta debe seguir el modelo de perfil de nutrientes ya adoptado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la regulación sobre etiquetado frontal de advertencia y, por tanto, debe estar dirigida a todos aquellos productos que cuenten con etiquetado frontal de advertencia. Esto teniendo en cuenta que la promoción y la publicidad de estos productos influyen desproporcionadamente en las preferencias, en las solicitudes de compra y en el consumo de niños y niñas (Harris et al., 2009; Mallarino et al., 2013; McGinnis et al., 2006) al incentivar, ante todo, el consumo de productos ultraprocesados (PCU); y por tanto impacta negativamente en la salud de niños, niñas y adolescentes.

Nótese que la recomendación de la OMS no es a que se permita la publicidad con presencia de sellos informativos, sino que, en concreto, recomienda la restricción de la publicidad a productos altos en ciertos nutrientes críticos. En el proceso de selección de productos, la OMS recomienda seguir el modelo de perfil de nutrientes, mismo que ya fue usado por el legislador y el Ministerio de Salud y Protección Social para determinar los productos con sello en Colombia; y que por tanto debería ser tomado en cuenta en la regulación.

En este tema, la evidencia ha sido clara en mostrar el impacto dañino que la publicidad de productos ultraprocesados ejerce en los niños. En efecto, a diferencia de los adultos, los niños y las niñas no cuentan con el desarrollo cognitivo suficiente para distinguir entre la información real y la publicidad, por lo que son altamente influenciables (John, 1999; McGinnis et al., 2006). Si bien desde los 8 años entienden el intento de venta de un producto, solo hasta después de los 11 años desarrollan las habilidades cognitivas para entender qué es la publicidad y protegerse de estos mensajes (Carter et al., 2011; Harris et al., 2009). Por otra parte, la exposición a este tipo de publicidad contribuye a la creación de malos hábitos alimentarios (Valkenburg y Buijzen, 2005), lo que puede llevar a que los niños desarrollen preferencias por determinadas marcas, personajes, etc., que los acompañarán hasta la adolescencia y la etapa adulta (Macklin, 1996). La evidencia más general, para América Latina y el mundo, sugiere que la exposición a la publicidad de productos no saludables está relacionada con un mayor incremento calórico y con obesidad infantil (Chemas-Vélez et al., 2020; Smith et al., 2019). De allí entonces que su publicidad deba estar restringida y no simplemente limitada a la aparición de un sello informativo de advertencia.

Conclusiones

Las alternativas de autorregulación e implementación de estrategias pedagógicas como caminos para proteger a los niños y niñas de la influencia dañina de la publicidad se han demostrado como contrarios a la evidencia científica y a las recomendaciones de la OMS. En contraposición, la prohibición legal y obligatoria de publicidad se presenta como el camino que respalda la evidencia científica y los organismos especializados en el tema. De las tres alternativas propuestas, la que mejor podría acercarse a un estándar adecuado de protección de los NNyA es la de prohibiciones de contenido publicitario sin sellos de advertencia, sin que ello implique un cumplimiento de las recomendaciones de la OMS, la experiencia regional y seguimiento de la evidencia científica en la materia, pues la prohibición debería estar dirigida a todos los productos ultraprocesados que contienen sellos de advertencia, así como contener disposiciones coercitivas, como son las multas por incumplimiento.

La Comisión de Regulación de Comunicaciones no debería desconocer las obligaciones internacionales de Colombia en materia de derechos humanos y derechos del niño, así como tampoco la evidencia científica, ni la experiencia y recomendaciones de organismos como la OMS. De hacerlo, no solo se expone a crear una política no efectiva en sus resultados, sino, incluso, contraria a sus obligaciones internacionales y constitucionales.

Bibliografía

Asociación Nacional de Industriales (ANDI) & Cámara de la Industria de Bebidas. (2016). Industria de bebidas no alcohólicas firma compromisos de autorregulación responsable https://www.postobon.com/sites/default/files/boletin_prensa_compromisos_vf_0.pdf

Carter, O. B. J., Patterson, L. J., Donovan, R. J., Ewing, M. T., & Roberts, C. M. (2011). Children's understanding of the selling versus persuasive intent of junk food advertising: Implications for regulation. *Social Science and Medicine*, 72(6), 962-968. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.018>

Chemas-Vélez, M. M., Gómez, L. F., Velásquez, A., Mora-Plazas, M., & Parra, D. C. (2020). Scoping review of studies on food marketing in Latin America: Summary of existing evidence and research gaps. *Revista de Saude Publica*, 53(107), 18. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001184>

Comité de Derechos del Niño. (2013). Observación general n.º 16, sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño. UN. <https://www.unicef.org/peru/informes/comite-de-los-derechosdel-niño-observación-general-nº-16>.

Guarnizo Peralta, D. (2017). Sin reglas ni controles. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, *Dejusticia*. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/05/Sin-reglas-ni-controlesDOC-33-versión-final-WEB.pdf>

Guarnizo-Peralta D. Marketing Ultra-Processed Food and Beverages to Children in Latin America: Business Responsibilities and State Duties. *Business and Human Rights Journal*. 2022;7(3):418-438. doi:10.1017/bhj.2022.10

Harris, J. L., Brownell, K. D., & Bargh, J. A. (2009). The food marketing defense model: Integrating psychological research to protect youth and inform public policy. *Social Issues and Policy Review*, 3(1), 211-271. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2009.01015.x>

John, D. R. (1999). Consumer socialization of children: A retrospective look at twenty-five years of research. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 183-213. <https://doi.org/10.1086/209559> Kasper, N. M., Herrán, O. F., & Villamor, E. (2013). Obesity prevalence in Colombian adults is increasing fastest in lower socio-economic status groups and urban residents: Results from two nationally representative surveys. *Public Health Nutrition*, 17(11), 2398-2406. <https://doi.org/10.1017/S1368980013003418>

Mallarino, C., Gómez, L. F., González-Zapata, L., Cadena, Y., & Parra, D. C. (2013). Advertising of ultra-processed foods and beverages: Children as a vulnerable population. *Revista de Saude Publica*, 47(5), 1006-1010. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004319>

Macklin, M. C. (1996). Preschoolers' learning of brand names from visual cues. *Journal of Consumer Research*, 23(3), 251-261. <https://doi.org/10.1086/209481>

McGinnis, J. M., Gootman, J. A., & Kraak, V. I. (2006). *Food marketing to children and youth: Threat or opportunity?* Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11514>

OHCH. (2020). Statement by the UN Special Rapporteur on the right to health on the adoption of front-of-package warning labelling to tackle NCDs. OHCH. <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26130&LangID=E>

OMS (2010). Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf?sequence=1

OMS (2023) Policies to protect children from the harmful impact of food marketing:WHO Guideline. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>

OMS (2023) Taking action to protect children from the harmful impact of food marketing; a child rights-based approach. Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047518>

Potvin, K. M., Dubois, L. & Wanless, A. (2011). Self-regulation by industry of food marketing is having little impact during children's preferred television. *Int J Pediatr Obes*, (6), 401-4088.

Ronit, K., & Jensen, J. D. (2014). Obesity and industry self-regulation of food and beverage marketing: A literature review. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(7), 753-759.

Smith, R., Kelly, B., Yeatman, H., & Boyland, E. (2019). Food marketing influences children's attitudes, preferences and consumption: A systematic critical review. *Nutrients*, 11(4), 875. <https://doi.org/10.3390/nu11040875>

Valkenburg, P. M., & Buijzen, M. (2005). Identifying determinants of young children's brand awareness: Television, parents, and peers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(4), 456-468. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.04.004>

Política pública al derecho/Editorial Dejusticia

ELEMENTOS PARA LA REGULACIÓN DEL MERCADEO Y LA PUBLICIDAD SOBRE PRODUCTOS COMESTIBLES ULTRAPROCESADOS (PCU) DIRIGIDOS A NIÑOS Y NIÑAS



*Diana Guarnizo Peralta
Julián Gutiérrez-Martínez*

Dejusticia

**ELEMENTOS PARA LA
REGULACIÓN DEL MERCADEO
Y LA PUBLICIDAD SOBRE
PRODUCTOS COMESTIBLES
ULTRAPROCESADOS (PCU)
DIRIGIDOS A NIÑOS Y NIÑAS**

**DIANA GUARNIZO PERALTA
JULIÁN GUTIÉRREZ-MARTÍNEZ**

políticas públicas al derecho/ **Editorial Dejusticia**

Guarnizo, Diana.

Elementos para la regulación del mercadeo y la publicidad sobre productos comestibles ultraprocesados (PCU) dirigidos a niños y niñas / Diana Guarnizo Peralta, Julián Gutiérrez-Martínez. -- Bogotá: Editorial Dejusticia, 2021.

46 páginas; gráficas; 22 cm. -- [Políticas públicas al derecho]

ISBN 978-958-5597-69-3

1. Obesidad 2. Publicidad 3. Ultraprocesados 4. Derechos Humanos

5. Derecho Constitucional. I. Tít. II. Serie.

ISBN 978-958-5597-70-9 versión digital

ISBN 978-958-5597-69-3 versión impresa

Preparación editorial

Diego Alberto Valencia

Cubierta

Alejandro Ospina

Revisión de textos

Ángela Alfonso Botero

Primera edición

Bogotá, D.C., Colombia, abril 2021

Este texto puede ser descargado gratuitamente en

<https://www.dejusticia.org>



Licencia Creative Commons 4.0 Internacional
Atribución - No Comercial - Compartir Igual

Dejusticia

Calle 35 # 24-31, Bogotá, D.C., Colombia

Teléfono: (571) 608 3605

www.dejusticia.org

Contenido

Introducción	7
Impactos de la publicidad de productos comestibles ultraprocesados en los niños y las niñas	8
Deber del Estado colombiano de regular la publicidad de PCU dirigida a niños y niñas	15
Compatibilidad de una regulación a la publicidad de PCU con los principios y libertades constitucionales	24
Ausencia de regulación nacional	28
Conclusión	31
Referencias bibliográficas	32

Introducción¹

El mercadeo y la publicidad de productos considerados no saludables —por su alto contenido en grasas saturadas, sodio o azúcares libres— es una preocupación global. Diferentes actores en el mundo han manifestado gran preocupación por los impactos que su consumo tiene en la salud, especialmente la de los niños y las niñas. Por esta razón, han hecho un llamado para regular estas prácticas comerciales. En Colombia, distintos proyectos de ley han propuesto medidas para limitar la publicidad de estos productos sin que, hasta ahora, hayan sido adoptados por el Congreso.

Con el objetivo de ilustrar la discusión desde una dimensión constitucional y de derechos humanos, este documento responderá, primero, por qué este tema es central para la salud pública; segundo, cuáles son las recomendaciones más autorizadas en la materia; tercero, cuál es el marco de derechos humanos y constitucional que justifica el deber del Estado colombiano de regular esta práctica en atención a los estándares de derechos humanos y, cuarto, cómo dicha regulación es perfectamente coherente con el ordenamiento constitucional colombiano en tanto que no limita la libertad de empresa, ni el derecho a la libre expresión y no es una práctica paternalista. Al final, se presentarán algunas conclusiones a modo de síntesis.

1 Deseamos agradecer, especialmente, a Ariadna Tovar y a Juan Carballo por sus comentarios y sugerencias que ayudaron a mejorar este documento tanto en su estructura, como en su contenido. Cualquier vacío o imprecisión es, sin embargo, responsabilidad exclusiva de los autores.

Impactos de la publicidad de productos comestibles ultraprocesados en los niños y las niñas

El incremento del sobrepeso y la obesidad eran ya un problema de salud pública global catalogado incluso como «epidemia global» por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (World Health Organization, 2003). A raíz de la reciente aparición de la COVID-19, se ha demostrado que el sobrepeso y la obesidad son factores que aumentan el riesgo de agravamiento en pacientes con esta enfermedad, lo que refuerza aún más la necesidad de tomar medidas que disminuyan esta condición (Cai *et al.*, 2020; Lighter *et al.*, 2020; Yang *et al.*, 2020). Aunque las causas del sobrepeso y la obesidad se explican por diversos factores individuales, familiares y comunitarios, es claro que, dentro de los factores comunitarios, los determinantes comerciales —definidos como las estrategias y aproximaciones usadas por las empresas y por el sector privado para promover productos y elecciones que son perjudiciales para la salud (Kickbusch *et al.*, 2016)— juegan un papel crucial. En efecto, las estrategias de publicidad y promoción —toda clase de comunicación o de mensaje comercial concebido para aumentar el reconocimiento, la atracción o el consumo de determinados productos y servicios (OMS, 2010)— de productos ultraprocesados, dirigidas a niños y a niñas, tienen efectos importantes en su salud y en su desarrollo psicológico. Influyen a tal punto en las opciones de consumo que instituciones como la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han hecho un llamado a los Estados por regular dichas prácticas.

La publicidad influye desproporcionadamente en las preferencias de consumo de niños y niñas

La promoción y la publicidad influyen desproporcionadamente en las preferencias, en las solicitudes de compra y en el consumo de niños y niñas (Harris *et al.*, 2009; Mallarino *et al.*, 2013; McGinnis *et al.*, 2006) al incentivar, ante todo, el consumo de productos ultraprocesados (PCU), definidos como productos

no saludables por su alto contenido de grasa, sodio y azúcares adicionados, y bajo valor nutricional (McGinnis *et al.*, 2006). A diferencia de los adultos, los niños y las niñas no cuentan con el desarrollo cognitivo suficiente para distinguir entre la información real y la publicidad, por lo que son altamente influenciables (John, 1999; McGinnis *et al.*, 2006). Si bien desde los 8 años entienden el intento de venta de un producto, solo hasta después de los 11 años desarrollan las habilidades cognitivas para entender qué es la publicidad y protegerse de estos mensajes (Carter *et al.*, 2011; Harris *et al.*, 2009).

Por otra parte, la exposición a este tipo de publicidad contribuye a la creación de malos hábitos alimentarios (Valkenburg y Buijzen, 2005), lo que puede llevar a que los niños desarrollen preferencias por determinadas marcas, personajes, etc., que los acompañarán hasta la adolescencia y la etapa adulta (Macklin, 1996). La evidencia más general, para América Latina y el mundo, sugiere que la exposición a la publicidad de productos no saludables está relacionada con un mayor incremento calórico y con obesidad infantil (Chemas-Vélez *et al.*, 2020; Smith *et al.*, 2019).

En esa medida, los medios o canales más frecuentes de publicidad, y a los que se ven más expuestos los niños y las niñas, son la televisión (Andreyeva *et al.*, 2011; Chemas-Vélez *et al.*, 2020; Mejía-Díaz *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2019), el *marketing* digital (Baldwin *et al.*, 2018; Boyland *et al.*, 2020; Buchanan *et al.*, 2018; Coates *et al.*, 2019; Potvin Kent *et al.*, 2019) y aquella que se presenta en los entornos escolares (McGinnis *et al.*, 2006; Molnar *et al.*, 2008; Roza, 2017; 2019). Una amplia evidencia muestra que, en estos canales, se publicitan mayormente productos ultraprocesados, con un bajo contenido nutricional, incluso peor que el ofertado para adultos (Mejía-Díaz *et al.*, 2014). Además, en los entornos escolares suele acompañarse de otras estrategias, como el patrocinio de eventos deportivos y musicales dirigidos a los niños y las niñas.

El consumo de PCU es un factor de riesgo para el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles

La obesidad es el resultado de múltiples factores individuales, familiares y comunitarios que derivan del ambiente social, económico y cultural (Egger y Swinburn, 1997). Sin embargo, el consumo de productos ultraprocesados ha demostrado ser uno de los factores para el desarrollo de sobrepeso y obesidad (Ariall, 2010; Kasper *et al.*, 2013; Mönckeberg y Muzzo, 2015; Organización Panamericana de la Salud, 2015; Palencia, 2006). Estas son, a su vez, condiciones que incrementan el riesgo de generar diferentes comorbilidades: por un lado, los niños y las niñas con obesidad tienden a sufrir de dificultades respiratorias, hipertensión o resistencia a la insulina y, en general, a tener una peor calidad de vida (Schwimmer *et al.*, 2003); por otro, la obesidad en menores tiende a prevalecer en la edad adulta y se convierte en un factor de riesgo para la adquisición de diabetes *mellitus*, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer (Evensen *et al.*, 2016; Huang *et al.*, 2014; Malik *et al.*, 2013; Qutteina *et al.*, 2019). Estudios recientes han hallado, además, una relación entre el consumo de productos no saludables y el aumento en el riesgo de muerte prematura (Rico-Campà *et al.*, 2019).

En los últimos 40 años, se ha multiplicado por diez el número de personas de entre 5 y 19 años con obesidad (Roza, 2017) y se espera que en 2022 la población de niños sufra más de obesidad que de bajo peso (OPS/OMS, 2014). La presencia de estas afecciones ha estado creciendo de forma dramática, especialmente en los niños y las niñas de entre 5 y 19 años: para 2016, 340 millones de estos sufrían de sobrepeso u obesidad (Abarca-Gómez *et al.*, 2017). De acuerdo con el *Global Burden of Disease Study*, los patrones alimentarios no saludables se han convertido en el tercer factor de riesgo de mortalidad en América Latina y el Caribe (University of Washington e Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017). Para 2017, en Colombia, las muertes atribuidas a riesgos dietarios ocuparon el segundo lugar: se calcula que, de cada 100.000 muertes, 1.687 están rela-

cionadas con riesgos dietarios (University of Washington e Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017).

Recomendaciones de la OMS y de la OPS y experiencias comparadas

Con el fin de contrarrestar el influjo excesivo que tiene la publicidad de la industria alimentaria en las decisiones de consumo, la OMS y la OPS han recomendado a los países tomar medidas para restringir la promoción y la publicidad de alimentos no saludables dirigida a niños y niñas. Ambas instituciones han hecho un llamado a los Estados para que establezcan políticas orientadas a reducir la exposición y el impacto que la promoción de productos ultraprocesados tiene sobre los niños con el fin de proteger y promover su salud (OPS/OMS, 2014; Organización Mundial de la Salud, 2010; Riley *et al.*, 2017; World Health Organization, 2016). Algunas de las recomendaciones más importantes, según dos reuniones de expertos independientes, y publicadas por ambas instituciones, son las siguientes:

- Debe haber una normativa de carácter estatal (disposiciones legales) con el objetivo de proteger el interés público y evitar los conflictos de interés (recomendaciones 6 OMS y 1 OPS) (Organización Mundial de la Salud, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2011).
- Los «niños» se deben entender, como mínimo, a las personas menores de 16 años (recomendación 9 OPS) (Organización Panamericana de la Salud, 2011).
- La definición de «promoción» debe abarcar todas las técnicas de mercadotecnia utilizadas en todos los canales de comunicación, entre ellos, los mensajes difundidos en las escuelas y en otros espacios donde los niños pasan tiempo (recomendación 7 OPS) (Organización Panamericana de la Salud, 2011).
- Se debe reducir al mínimo la exposición a la publicidad y liberar los espacios infantiles, como los entornos escolares, de toda forma de publicidad. (reco-

mendaciones 2 y 5 OMS) (Organización Mundial de la Salud, 2010).

- Todos los marcos normativos deben incluir un sistema de vigilancia y designar un órgano que monitoree los efectos y la eficacia de la política sobre la exposición de los niños a la promoción y a la publicidad (recomendaciones 9, 10, 11 OMS y 13 OPS) (Organización Mundial de la Salud, 2010; Organización Panamericana de la Salud, 2011).

La evidencia recabada y las recomendaciones internacionales han sido suficientes para regular la publicidad dirigida a menores en algunas jurisdicciones, como Quebec (Government of Quebec, 1971), Suecia (Gobierno de Suecia y Ministerio de Cultura, 2010) y Noruega (Gobierno de Noruega y Ministerio de Cultura, 1992); y, más recientemente, en países de América Latina, como Brasil (Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, CONANDA, 2014), México (Gobierno de la República de México, 2013), Chile (Gobierno de Chile y Ministerio de Salud, 2015) y Perú (Congreso de la República de Perú, 2013).

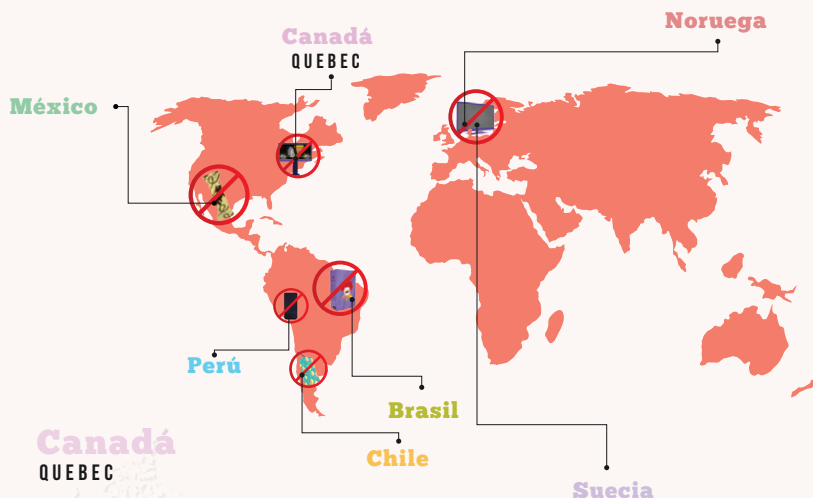
País	Tipo de regulación	Contenido y alcance de la regulación
Canadá -Quebec	Government of Quebec, Consumer Protection Act. 1971. Chapter P-40.1 248. & 249. [Canadá].	Desde 1980, Quebec establece una prohibición absoluta de publicidad dirigida a niños menores de 13 años.
Suecia	Ministerio de Cultura, Gobierno de Suecia. Radio and Television Act. SFS No. 2010-696, Junio 17 de 2010. [Chapter 8. Commercial advertising and children. Section 7 & Section 8].	En 1991, Suecia estableció una prohibición general de publicidad televisiva (incluso antes o después de un programa para niños) dirigida a menores de 12 años.

Elementos para la regulación del mercadeo y la publicidad sobre productos comestibles ultraprocesados (PCU) dirigidos a niños y niñas

País	Tipo de regulación	Contenido y alcance de la regulación
Noruega	Ministerio de Cultura y Gobierno de Noruega. Broadcasting Act. Act No. 127. Diciembre 4 de 1992. (Chapter 3 Advertising, sponsorship etc. Section 3-1 Duration, content).	Se prohíbe, en 1992, cualquier publicidad en relación con programas dirigidos a niños o publicidad directamente enfocada a menores de 12 años.
Chile	Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Ley 20.606 de 2012. Artículo 7o y Artículo 8° y Ley 20869 sobre publicidad de los alimentos.	En 2012, Chile prohíbe toda clase de publicidad de productos alimenticios altos en nutrientes críticos dirigida a menores de 14 años.
Perú	Comisión de Defensa del Consumidor y Organismos Reguladores de los Servicios Públicos. Ley de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes. Mayo 2 de 2013. Artículo 8.	En 2013, regula las distintas formas de publicidad que se dirigen a todos los menores de 16 años
México	Gobierno de la República de México. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 2013. 3.2. Publicidad.	En 2014 se prohíbe que se publiciten bebidas azucaradas, bebidas saborizadas, confitería y chocolates durante el horario infantil. La regulación se enfoca en los menores de 12 años.
Brasil	CONANDA. Resolução no 163/2014, Art. 2o. Marzo 14 de 2014.	Establece como abuso dirigir cualquier tipo de publicidad o marketing a un niño con intención de persuadirlo de que consume cualquier producto, de manera directa o indirecta.

REGULACIÓN DEL MERCADEO Y LA PUBLICIDAD

SOBRE PRODUCTOS COMESTIBLES ULTRAPROCESADOS (PCU) DIRIGIDA A NIÑOS Y NIÑAS



Canadá QUEBEC

Desde 1980, Quebec establece una prohibición absoluta de publicidad dirigida a niños menores de 13 años

Government of Quebec,
Consumer Protection Act, 1971.
(Chapter P-40.1) 248. & 249

Brasil

Establece como abuso dirigir cualquier tipo de publicidad o marketing a un niño, con intención de persuadirlo en el consumo de cualquier producto, de manera directa o indirecta

CONANDA (14 marzo 2014)
Resolução nº 163/2014, Art. 2º

Chile

En 2012, Chile prohíbe toda clase de publicidad de productos alimenticios altos en nutrientes críticos dirigida a menores de 14 años

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
Ley 20.606, 2012. Artículo 7 & Artículo 8º
Ley 20869 Sobre publicidad de los alimentos

México

En 2014 se prohíbe que se publiciten bebidas azucaradas, bebidas saborizadas, confitería y chocolates durante el horario infantil. La regulación se enfoca en los menores de 12 años

Gobierno de la República de México.
Estrategia Nacional para la Prevención y el control del Sobrepeso, la obesidad y la diabetes. 2013. p. 82. 3.2 Publicidad

Perú

En 2013, regula las distintas formas de publicidad que se dirigen a todos los menores de 16 años

Comisión de Defensa del Consumidor y Organismos Reguladores de los Servicios Públicos.
Ley de Promoción de la Alimentación Saludables para Niños, Niñas y Adolescentes.
2 mayo 2013. Artículo 8.

Noruega

Se prohíbe, en 1992, cualquier publicidad en relación con programas dirigidos a niños o publicidad directamente enfocada a menores de 12 años

Ministerio de Cultura, Gobierno de Noruega,
Broadcasting Act, Act No. 127 del 4 Diciembre de 1992.
Chapter 3 Advertising, sponsorship etc.
Section 3-1 Duration, content

Suecia

En 1991 Suecia estableció una prohibición general de publicidad televisiva (incluso antes o después de un programa para niños) dirigida a menores de 12 años

Ministerio de Cultura, Gobierno de Suecia,
Radio and television act. SFS No. 2010-696,
17 Junio 2010, Chapter 8.
Commercial advertising and children.
Section 7. & Section 8.

Deber del Estado colombiano de regular la publicidad de PCU dirigida a niños y niñas

Frente a esta problemática de salud pública global, y teniendo en cuenta las recomendaciones de organismos internacionales y los desarrollos legislativos recientes, cabe preguntarse cuáles son las obligaciones del Estado colombiano en relación con esta situación y cuáles son los estándares internacionales y nacionales que regulan la materia. En particular si, derivado de las normas nacionales e internacionales, existe un deber del Estado de regular la publicidad de PCU dirigida a niños y niñas.

Frente a esta pregunta hay, actualmente, múltiples estándares internacionales en materia de derechos humanos; varios de ellos hacen parte del bloque de constitucionalidad² y son aplicables en Colombia en materia de derechos a la salud, a la alimentación y de los niños y las niñas. A su vez, nuestro marco constitucional ha desarrollado una serie de estándares y de argumentos que pueden establecer la obligación estatal en materia de derechos fundamentales y que serán presentados a continuación.

Marco internacional

Tanto en el sistema universal como en el sistema interamericano hay una serie de obligaciones internacionales de 1) respeto, 2) protección y 3) garantía en relación con los niños y las niñas y sus derechos a la alimentación y a la salud. De dichas obligaciones derivan deberes concretos para el Estado no solo con respecto a los sujetos directos de protección, sino también a las acciones u omisiones de empresas u otros terceros cuya acción impacte en el ejercicio de los derechos humanos.

Estándares generales de protección de los niños y las niñas

Primero, de acuerdo con el Artículo 3[1] de la Convención de los Derechos del Niño debe considerarse, como principal, el interés superior del niño en las medidas legislativas sobre ope-

2 Constitución Política de Colombia. Art. 93. Julio 7 de 1991 [Colombia].

raciones comerciales que, de forma directa o indirecta, impacten en los niños, niñas y adolescentes (Organización de las Naciones Unidas, 1997), entre ellas la «regulación y monitoreo efectivos de las industrias de publicidad y *marketing*» (Comité de los Derechos del Niño, 2013b).

Segundo, según el Artículo 6, el derecho a la vida de los niños implica que los Estados garanticen integralmente su *desarrollo* (Organización de las Naciones Unidas, 1997), entendido este como un concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, moral, etc. (Comité de los Derechos del Niño, 2003). Esto es contrario a la comercialización, dirigida a los niños, de productos ultraprocesados que pueden tener un impacto negativo en su salud a largo plazo (Comité de los Derechos del Niño, 2013b), según la Observación General 16 del Comité de los Derechos del Niño.

Tercero, el Artículo 17 de la Convención establece que los Estados deben «alentar el desarrollo de pautas apropiadas para la protección del niño de información y material perjudicial para su bienestar». Por bienestar debe entenderse tanto su bienestar social, espiritual y moral, como su salud física y mental (Organización de las Naciones Unidas, 1997). De esta manera, restringir la publicidad de productos no saludables es justamente una medida orientada a proteger la salud de niños y niñas.

Finalmente, los niños tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 24) lo que implica, según la Observación General 15, la obligación de «asegurar el acceso a alimentos nutricionalmente adecuados, culturalmente apropiados e inocuos y de combatir la desnutrición» (Comité de los Derechos del Niño, 2013a). Esta última hace énfasis en que los Estados deben abordar la obesidad en los niños y regular la comercialización de productos altos en grasas, azúcar o sal ya que podrían considerarse «sustancias potencialmente nocivas» (Comité de los Derechos del Niño, 2013a).

Derecho a la alimentación y a la salud de los niños y las niñas

Así mismo, varios estándares en materia de salud y alimentación de los niños y niñas pueden ser recogidos, entre

otros, de la Convención sobre los Derechos del Niño (Artículo 24) y de la Declaración de los Derechos del Niño (Artículo 4), de la Declaración Universal de Derechos Humanos (Artículo 25), del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Artículo 24), del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 11 y 12), del Protocolo de San Salvador (Artículo 12) y de lo expresado por varios comités y relatores (Organización de las Naciones Unidas, 1948; United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR), 2010).

Con respecto al derecho a la salud, la obligación de *garantía* implica, según la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2000), que los Estados deben adoptar medidas legislativas, administrativas, económicas y judiciales adecuadas para garantizar el derecho a la salud en general y, en especial, la de los niños y las niñas. Esto quiere decir, de acuerdo con el relator especial para el Derecho a la Salud, que los Estados deben restringir la exposición a la publicidad de productos no saludables dirigida a los niños y las niñas al establecer un marco regulatorio adecuado (Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, 2014).

En materia de derecho a la alimentación, el deber de *protección* implica, de acuerdo con la Observación General 12, evitar que terceros impidan que las personas accedan a alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer sus necesidades alimentarias (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1999). Según la Observación General 24, el Estado debe restringir el mercadeo agresivo porque este podría interferir en el acceso de las personas a alimentos nutritivos y de calidad (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2017). En este mismo sentido, el deber de *garantía* implica que el Estado tendría que regular la publicidad de productos no saludables, especialmente cuando esta comercialización está dirigida a los niños y las niñas.

*Deber de los Estados de prevenir, regular
y sancionar las conductas de empresas
que impacten los derechos humanos*

El Estado colombiano tiene, además, la obligación internacional de proteger a los niños y las niñas de la influencia de estas prácticas de las empresas (Comité de los Derechos del Niño, 2013c). Para comenzar, los Principios Rectores sobre Empresas y Derechos Humanos tienen, como primer pilar, la obligación estatal de protección contra toda violación de derechos humanos por parte de las empresas (Organización de las Naciones Unidas, 2011). Además, los Estados deben adoptar las medidas apropiadas para prevenir, investigar, castigar y reparar esos abusos, por ejemplo, mediante políticas o actividades de reglamentación (Organización de las Naciones Unidas, 2011).

En el mismo sentido, el Comité de Derechos del Niño, en su Observación General 16, ha dicho que las actividades de las industrias de ultraprocesados pueden vulnerar el Artículo 6 de la Convención de los Derechos del Niño (Comité de los Derechos del Niño, 2013b). Por lo tanto, hace un llamado a que los Estados regulen y supervisen los sectores de la publicidad y la mercadotecnia. Por otro lado, el Comité de DESC, en su Observación General 24, resalta que, con base en la obligación de *protección*, los Estados deben adoptar un marco jurídico que exija que las empresas ejerzan la *diligencia debida* y regulen e intervengan, de manera directa, al «[...] restringir la comercialización y la publicidad de determinados bienes y servicios a fin de proteger la salud pública» (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 2017).

Finalmente, la Relatoría para los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales, REDESCA, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en su informe *Empresas y derechos humanos: estándares interamericanos*, subraya la necesidad de que el Estado establezca responsabilidades por la violación de derechos humanos en el desarrollo de actividades empresariales (REDESCA, 2019). Este informe insiste en, al menos, cuatro deberes estatales claros para dar cumplimiento a la *obligación de garantía*: i) prevenir o evitar cualquier riesgo contra los

derechos humanos que pueda derivarse de las actividades empresariales; ii) vigilar que las empresas respeten, efectivamente, los derechos humanos en todas sus actividades mediante la supervisión de las entidades privadas; iii) regular o adoptar medidas internas para controlar las actividades de las empresas. Esta obligación también implica que los Estados deben reglamentar las actividades empresariales para asegurar que no violen el derecho a la salud; así como iv) investigar, sancionar y reparar los posibles impactos de las actividades empresariales en los derechos humanos (REDESCA, 2019).

Por último, según este mismo informe de la REDESCA, uno de los factores más importantes en las altas cifras de consumo de alimentos que llevan a la obesidad en América Latina es «la falta de cumplimiento de las obligaciones de los Estados para abordar dicho problema y el propio comportamiento de las empresas involucradas» (REDESCA, 2019). Esto es así por cuanto, en múltiples ocasiones:

[...] pueden existir estrategias de las empresas para aumentar sus ventas así como impedir sanciones e implementación de políticas efectivas que limiten la comercialización, la publicidad y el consumo de estos productos de acuerdo a los estándares de derechos humanos mediante, por ejemplo, amenazas de denuncia judicial al Estado, *lobby* y presión en tomadores de decisiones, o financiamiento de estudios cuestionados por falta de objetividad, entre otros (REDESCA, 2019).

Estándares y argumentos constitucionales

De manera complementaria, la Corte Constitucional, a través de su jurisprudencia, ha establecido una serie de estándares en materia de los derechos a la salud y la alimentación de los niños y las niñas que hacen eco de este marco internacional de protección. A continuación, se hará una presentación de los marcos constitucionales más relevantes sobre la necesidad y la viabilidad de regular la publicidad de productos no saludables dirigida a niños y niñas.

*Deber constitucional de protección de la salud
y la alimentación de los niños y las niñas como
sujetos de especial protección*

En primer lugar, para la Corte Constitucional, todas las actividades administrativas y judiciales que se adelanten en relación con los niños y las niñas deben regirse por los principios de *prevalencia de la protección de sus derechos y la búsqueda de su interés superior*³. Así, la jurisprudencia ha dicho que los menores son sujetos de especial protección y tienen derecho a un trato preferente⁴. Por lo tanto, todas deben buscar la garantía del desarrollo integral del niño, la niña y el adolescente. Esto significa asegurar su crecimiento y desarrollo físico, psicológico, afectivo, intelectual y ético de manera armónica e integral para, así, fomentar la plena evolución de su personalidad⁵.

En relación con la alimentación, el *Código de Infancia y Adolescencia* dispone que, para garantizar su desarrollo integral, es necesario generar condiciones que les aseguren la «alimentación nutritiva y equilibrada» (artículos 17 y 24). Asimismo, la Corte Constitucional ha manifestado que es deber de los Estados adelantar acciones efectivas tendientes a: «i) combatir las enfermedades y la malnutrición; ii) suministrar alimentos nutritivos adecuados; iii) asegurar que los padres conozcan los principios básicos de la salud y nutrición de los niños; iv) adoptar las medidas pertinentes para apoyar a padres y a otras personas responsables del niño en la realización efectiva a un nivel de vida adecuado»⁶.

Por último, la Corte ha dicho que existe *una especial protección a la salud* para los sujetos de especial protección. Según

3 Constitución Política de Colombia. Art. 44. Julio 7 de 1991 (Colombia).

4 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-979 de 2001. (M. P. Jaime Córdoba Triviño: septiembre 13 de 2001); Sentencia T-514 de 2003. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: junio 19 de 2003).

5 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-397 de 2004. (M. P. Manuel José Cepeda Espinosa: abril 29 de 2004); Sentencia T-899 de 2010. (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva: noviembre 12 de 2010).

6 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-208 de 2017. (M. P. Antonio José Lizarazo Ocampo: abril 4 de 2017).

esta, el Estado «protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan»⁷. Así, el derecho a la salud de los niños, en tanto «fundamental»⁸, debe ser protegido de forma inmediata por el juez constitucional en los casos en que este sea amenazado o vulnerado⁹. Por lo tanto, se ha reconocido la necesidad de defender, constitucionalmente, el derecho fundamental a la salud de los niños y las niñas¹⁰ para llegar, incluso, a protegerlos para evitar que contraigan enfermedades¹¹.

De esta manera, el marco jurídico constitucional establece una obligación robusta de protección en cabeza del Estado en relación con los derechos a la alimentación y a la salud de los niños, niñas y adolescentes con respecto a cualquier actividad que los ponga en riesgo. Esto, con base en su *interés superior* y en que son *sujetos de especial protección constitucional*. Este debe ser el centro del argumento en materia de regulación de la publicidad dirigida a esta población.

7 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-253 de 2008. (M. P. Humberto Antonio Sierra Porto: marzo 10 de 2008).

8 Constitución Política de Colombia. Art. 44. Julio 7 de 1991 (Colombia).

9 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-075 de 1996. (M. P. Carlos Gaviria Díaz: febrero 28 de 1996); Sentencia SU-225 de 1998. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: mayo 20 de 2018); Sentencia T-046 de 1999. (M. P. Hernando Herrera Vergara: febrero 29 de 1999); Sentencia T-117 de 1999. (M. P. Alfredo Beltrán Sierra: febrero 25 de 1999); Sentencia T-093 de 2000. (M. P. Álvaro Tafur Galvis: febrero 2 de 2000); Sentencia T-153 de 2000. (M. P. José Gregorio Hernández Galindo: febrero 22 de 2000). Sentencia T-819 de 2003. (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra: agosto 21 de 2003).

10 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-860 de 2003. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: septiembre 25 de 2003); Sentencia T-223 de 2004. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: marzo 8 de 2004); Sentencia T-538 de 2004. (M. P. Clara Inés Vargas Hernández: mayo 27 de 2004).

11 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-889A de 2006. (M. P. Jaime Araújo Rentería: octubre 31 de 2006).

Regular la publicidad de PCU dirigida a niños y niñas se desprende de los principios de prevención y de precaución

La Corte Constitucional ha señalado que el *principio de prevención* aplica en aquellos casos en que es posible conocer las consecuencias que un proyecto o actividad tienen sobre el medio ambiente, la salud u otro factor relevante, de manera que las autoridades pueden tomar decisiones antes de que el riesgo o el daño se produzca¹². Entre tanto, el *principio de precaución* se entiende, de acuerdo con la Ley 99 de 1993, como aquel «conforme al cual, cuando exista peligro de daño grave e irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces para impedir la degradación del medio ambiente».

Aunque ambos principios son recogidos del derecho ambiental, han sido invocados en una sólida jurisprudencia de la Corte Constitucional para la protección del derecho a la salud frente a actividades posiblemente riesgosas. Se han utilizado por la Corte en relación con los efectos para la salud de, por ejemplo, *campos electromagnéticos*¹³, *contaminación del aire*¹⁴ o *fumigaciones con glifosato*¹⁵.

Así las cosas, por un lado, la evidencia que relaciona el consumo de productos ultraprocesados con el sobrepeso y la obesidad es concluyente. Diversos estudios, a nivel mundial, muestran que el sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera dramática entre niños, niñas y adolescentes desde 1975 (Al-

12 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-449 de 2015. (M. P. Jorge Iván Palacio: julio 16 de 2015).

13 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-299 de 2008. (M. P. Jaime Córdoba Triviño: abril 3 de 2008); Sentencia T-360 de 2010. (M. P. Nilson Pinilla Pinilla: mayo 11 de 2010); Sentencia T- 1077 de 2012. (M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub: diciembre 12 de 2012); Sentencia T-104 de 2012. (M. P. Nilson Pinilla Pinilla: febrero 20 de 2012).

14 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-154 de 2013. (M. P. Nilson Pinilla Pinilla: marzo 21 de 2013).

15 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-080 de 2017. (M. P. Jorge Iván Palacio Palacio: febrero 7 de 2017); Sentencia T-236 de 2017. (M. P. Aquiles Arrieta Gómez: abril 21 de 2017).

barca-Gómez *et al.*, 2017). En el mismo sentido, hay evidencia de que el consumo de productos ultraprocesados está asociado con la obesidad y con el desarrollo de diabetes tipo 2 (Te Morgan *et al.*, 2013; Canella *et al.*, 2014): pese a que estas enfermedades tienen causas multifactoriales, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el World Cancer Research Fund (WCRF) incluyen el consumo de los productos ultraprocesados como uno de los principales causantes del incremento de estas afecciones (Rozo, 2017). Por lo tanto, el *principio de prevención* sería clave para fundamentar por qué las autoridades deberían tomar medidas para limitar la publicidad *televisiva* de productos no saludables dirigida a niños y niñas, teniendo en cuenta el cúmulo de evidencia que sustenta la relación entre este tipo de publicidad y la creación de hábitos no saludables.

Por otro lado, sería posible aplicar el *principio de precaución* para justificar la toma de acciones por parte de las autoridades en relación con formas novedosas de publicidad, como la *publicidad digital*, pues el nivel de evidencia, en este aspecto, se encuentra todavía en construcción. La razón principal es que, dado el rápido desarrollo de la tecnología y de las formas de publicidad que lo aprovecha, la evidencia científica sobre sus efectos en el comportamiento y en la salud de los menores aún está en construcción (Clark *et al.*, 2020). Sin embargo, como se expuso antes, hay evidencia clara de los impactos que tienen la publicidad, en general, y el consumo de productos ultraprocesados en la salud, lo que justifica la aplicación de este principio. Además, su empleo en el escenario judicial permitiría invertir la carga de la prueba de modo que, una vez verificado el posible riesgo o la exposición a un daño, corresponde a los causantes (por ejemplo, la industria de alimentos y bebidas) probar que dicho daño no existe (Clark *et al.*, 2020)¹⁶¹⁷.

16 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-595 de 2010. (M. P. Jorge Iván Palacio Palacio: julio 27 de 2010).

17 El último borrador de la Observación General 25 del Comité de Derechos del Niño sobre los derechos de los niños en relación con los entornos digitales establece que, en general, «[41] los Estados deberían asegurarse

Compatibilidad de una regulación a la publicidad de PCU con los principios y libertades constitucionales

Algunos han intentado cuestionar que una regulación de la publicidad de PCU, dirigida a niños y niñas, sea coherente con los principios y libertades constitucionales. A continuación, se presentarán algunos argumentos de por qué dicha regulación es perfectamente compatible con los principios de libertad de empresa, libertad de expresión y libre desarrollo de la personalidad¹⁸.

Es constitucional establecer límites a la libertad de empresa

Algunos han objetado que una regulación de la publicidad de PCU iría en contra de la libertad económica y de empresa. En relación con este principio, la Corte Constitucional ha precisado que esta puede ser restringida de acuerdo con criterios de razonabilidad y de proporcionalidad. Los límites constitucionales, a la hora de intervenir la actividad económica de los particulares en aras del interés general, implica que tal intervención «i) necesariamente debe llevarse a cabo por ministerio de la ley; ii)

de que la publicidad y el *marketing* sean adecuados para la edad y que todas las formas de contenido con fines comerciales se distingan claramente de otros contenidos» al cerciorarse de que «(49) Los organismos estatales con poderes de supervisión relacionados con los derechos del niño, como la salud y la seguridad, los derechos del consumidor, la educación, la publicidad y el *marketing*, supervisarán e investigarán las denuncias y proporcionarán y harán cumplir las reparaciones por las violaciones de los derechos del niño en el entorno digital». En específico, el comité afirma que «(105) Los Estados deben regular la publicidad, el *marketing* o los servicios dirigidos o inapropiados para la edad diseñados para prevenir la exposición de los niños a la promoción de alimentos y bebidas no saludables, alcohol, drogas, tabaco y otros productos de nicotina. Tales regulaciones relacionadas con el entorno digital deben ser compatibles y mantenerse al día con la regulación en el entorno físico (*offline*)».

18 Para una presentación más completa de estos argumentos, ver Guarnizo Peralta (2021). Artículo inédito de la revista *Derecho del Estado*, de la Universidad Externado de Colombia, que será publicado en la edición N.º 51, enero-abril de 2022.

no puede afectar el núcleo esencial de la libertad de empresa; iii) debe obedecer a motivos adecuados y suficientes que justifiquen la limitación de la referida garantía; iv) debe obedecer al principio de solidaridad; y v) debe responder a criterios de razonabilidad y de proporcionalidad»¹⁹.

Este criterio fue reiterado por la Corte cuando estudió la Ley 1109 de 2006 —que ratificó, en Colombia, el Convenio Marco para el Control del Tabaco—. En esta sentencia, la Corte mantuvo el criterio según el cual las restricciones a la iniciativa privada y a la publicidad son legítimas en aras de proteger un objetivo constitucionalmente válido, como el bien común, la salud, el medio ambiente, la seguridad y los derechos de los niños y las niñas²⁰.

En conclusión, la libertad económica es un principio que puede ser legítimamente limitado con el fin de lograr otros principios relevantes para el Estado, como la protección de la salud pública de los niños y las niñas.

La práctica publicitaria no es un ejercicio de la libertad expresión

Se ha objetado, también, que la regulación de la publicidad es una restricción ilegítima a la libertad de expresión. Sin embargo, la jurisprudencia constitucional ha señalado que hay, al menos, dos tipos de discursos: uno más favorable al refuerzo de los valores democráticos (por ejemplo, el discurso no comercial o de interés público) y otro más orientado por el interés de lucro (por ejemplo, el discurso comercial).

En la Sentencia C-830 de 2010, la Corte señaló que la publicidad comercial no era depositaria del mismo grado de protección que otras manifestaciones o ideas que resultan de la libertad de expresión y, por lo tanto, el Estado puede intervenir de manera más intensa en su regulación. La razón está en que

19 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-615 de 2002. (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra: agosto 8 de 2002); Sentencia T-397 de 2004. (M. P. Manuel José Cepeda Espinosa: abril 29 de 2004).

20 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-665 de 2007. (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra: agosto 2 de 2007).

la publicidad «no tiene por objeto alentar la participación y deliberación democráticas, sino simplemente facilitar las transacciones»²¹.

Esta doctrina se mantuvo al analizar la legitimidad de medidas que restringen la emisión de mensajes de interés público. En la Sentencia T-543 de 2017, la Corte señaló que la publicidad hace parte de los derechos a la propiedad privada, la libertad de empresa y la libertad económica, no de la libertad de expresión. Por lo tanto, debe estar sometida a la regulación de la «Constitución económica», ante lo que se aplica un *test* leve de proporcionalidad²².

En cambio, la misma corporación establece una protección amplia de los mensajes de salud pública. Estos son protegidos bajo la libertad de expresión y, como tal, suponen un *test* estricto de proporcionalidad. En este caso, el hecho de que estén involucrados los derechos y las libertades fundamentales de las personas, necesarios para garantizar un debate democrático legítimo, sustentado en evidencia científica y sin conflicto de intereses, explica que las medidas restrictivas a estas libertades deban pasar un juicio constitucional estricto.

Como conclusión, el estándar constitucional, en este caso, permite afirmar que las medidas de restricción a la publicidad de productos comestibles no saludables se enmarcan en lo que la Corte ha llamado «la constitución económica» y, por tanto, cualquier medida que busque limitarla sería constitucional siempre que se adecúe al *test* leve de proporcionalidad.

La restricción a la publicidad no viola el libre desarrollo de la personalidad

A pesar de que algunos han acusado las medidas restrictivas de publicidad de productos no saludables de violar el derecho al libre desarrollo de la personalidad o de ser paternalistas,

21 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-830 de 2010. (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva: octubre 20 de 2010).

22 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-543 de 2017. (M. P. Diana Fajardo Rivera: agosto 25 de 2017).

la Corte Constitucional ha reconocido, en materia de tabaco, que estas no implican una violación drástica de este derecho.

En la Sentencia C-639 de 2010, la Corte estudió la constitucionalidad de una medida que prohibía la venta de cigarrillos en presentaciones menores de diez unidades o «al menudeo». En esta, la Corte distinguió entre dos tipos de medidas que promueven ideales de conducta: aquellas que buscan promover medidas de autocuidado imponiendo una sanción en caso de incumplimiento; y aquellas que buscan estimular una conducta, no por medio de una sanción, sino por cualquier otro medio de política pública²³.

Para esta, el primer tipo de medidas podrían llegar a ser «paternalistas» si no superan el *test* estricta de proporcionalidad; en el segundo caso, no se consideran «paternalistas» en tanto la medida no limita la autonomía del individuo sino que, simplemente, le impone una limitación al ejercicio de su derecho, que no llega a atentar contra el núcleo fundamental de este, pues no le impide su compra o consumo legal²⁴. Un criterio similar fue presentado en la Sentencia C-830 de 2010 sobre la restricción a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, o de productos derivados, en medio audiovisuales²⁵.

Si se aplica esta doctrina a la restricción de publicidad de productos ultraprocesados en horario infantil, para público infantil o en medios audiovisuales tradicionalmente usados por niños, es claro que se trataría de una restricción legítima que no limita la autonomía del individuo, pues tanto los menores como sus padres siguen siendo libres de comprarlos o de consumirlos en los establecimientos y en canales autorizados. En el caso de la prohibición de publicidad en las escuelas, la medida estaría justificada por la protección prevalente de los derechos de los niños y las niñas, necesaria para incentivar hábitos de alimentación

23 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-639 de 2010. (M. P. Humberto Antonio Sierra Porto: agosto 17 de 2010).

24 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-639 de 2010. (M. P. Humberto Antonio Sierra Porto: agosto 17 de 2010).

25 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-830 de 2010. (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva: octubre 20 de 2010).

saludables en una población altamente sensible a la publicidad, y que merece una protección reforzada y en un ambiente creado para protegerlos.

Ausencia de regulación nacional

En Colombia, sin embargo, no existe todavía un marco normativo que establezca restricciones a publicidad de productos comestibles altos en grasa, sal y azúcares, pese a que la Ley 1355 de 2009, o Ley de Obesidad, establece que el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud, tiene el deber de regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas buscando proteger, especialmente, la primera infancia y la adolescencia.

Hasta ahora, la única protección que establece el legislador es en torno a la publicidad engañosa. Sin embargo, este estándar es insuficiente para la adecuada protección de niños y niñas (Guarnizo Peralta, 2017). Por un lado, el Estatuto del Consumidor (Ley 1480 de 2011) define la publicidad engañosa como «Aquella cuyo mensaje no corresponda a la realidad o sea insuficiente, de manera que induzca o pueda inducir a error, engaño o confusión». Por otro, el Decreto 975 de 2014, restringe la «publicidad engañosa» hacia los niños y las niñas, y afirma que tal información debe ser «clara, veraz, suficiente, oportuna, verificable, comprensible, precisa e idónea» y «no podrá inducir a error, engaño o confusión».

Esta regulación, no obstante, es insuficiente, pues, por un lado, no garantiza la calidad de la información sobre productos comestibles ultraprocesados porque carece de estándares internacionales de derechos humanos; y, por otro, no apunta a la finalidad legítima de prevención del consumo en el marco de la lucha contra el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles (Guarnizo Peralta, 2017). Regular con perspectiva de protección de consumidores es insuficiente frente a la magnitud del problema de salud pública consecuencia de los impactos a la salud y a la alimentación que tiene el consumo de productos ultraprocesados, ya que supera la visión de corrección de un desbalance de poder entre los actores del mercado.

Autorregulación

Las industrias alimentarias en el mundo se han opuesto, firmemente, a los llamamientos a regular la mercadotecnia y, en su lugar, han promovido los compromisos voluntarios sobre el etiquetado y la publicidad. Un meta-análisis de 2014 sobre la autorregulación de la industria alimentaria en el mundo (Ronit y Jensen, 2014) concluyó, entre otras cosas, que i) hay relativo consenso en que la autorregulación tiende a ser voluntaria, lo cual es una gran debilidad porque, en aquellos casos donde la industria se compromete, suele haber manipulación de los estándares, por ejemplo, al ofrecer una interpretación diferenciada de alguno términos (la palabra «niño», por ejemplo); y ii) esta es frecuentemente usada como una estrategia para prevenir la introducción de regulaciones más estrictas (Ronit y Jensen, 2014). En Colombia, estas empresas han establecido varios acuerdos de autorregulación que, no obstante, se han mostrado ineficaces y tendientes a promover bajos estándares de protección en comparación con lo dicho por diferentes organismos expertos en la materia. Además, la inacción del Estado ante esta situación representa un incumplimiento respecto de sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos.

Código de autorregulación publicitaria

Colombia tiene un *Código de Autorregulación Publicitaria* (Comisión Nacional de Autorregulación Publicitaria, 2013) que contiene un capítulo destinado a los mensajes comerciales dirigidos a niños, niñas y adolescentes. Este establece algunos artículos en relación con la publicidad de alimentos y la publicidad engañosa (40 y 46). Sin embargo, la única prohibición que incluye la norma es la de «engañar o exagerar sobre los beneficios de su ingesta» y no establece un límite de edad para la promoción de productos no saludables.

Por otro lado, las reclamaciones y solicitudes por incumplimiento de tal Código son atendidas, en primera instancia, por la Comisión Nacional de Autorregulación Publicitaria (Conarp), cuyos miembros son elegidos por las asociaciones de empresas publicitarias adherentes al código. En segunda instancia, las

reclamaciones son resueltas por el Consejo de Revisión de Autorregulación Publicitaria (Crap), cuyos miembros son seleccionados por la Conarp. En ambos casos, hay una altísima posibilidad de que surjan conflictos de intereses y, en ese sentido, una débil fiscalización. Así, en la práctica, el *Código Colombiano de Autorregulación Publicitaria* ha sido escasamente implementado (Guarnizo Peralta, 2017).

Acuerdo de autorregulación de la industria de bebidas azucaradas

En 2016, ocho empresas de bebidas azucaradas firmaron un *Acuerdo de Autorregulación de la Industria de Bebidas azucaradas* (ANDI y Cámara de la Industria de Bebidas, 2016) para adquirir determinados compromisos en relación con medidas como la publicidad y la comercialización de estos productos a niños, niñas y adolescentes, un etiquetado adicional a la tabla nutricional o campañas de promoción de hábitos saludables. Este acuerdo, de nuevo, delega a la misma industria de bebidas azucaradas la implementación de estos estándares, por lo que las posibilidades de puesta en marcha son limitadas. Además, al no ser un acuerdo vinculante, no establece medidas o instancias concretas e independientes para monitorear la implementación de dichos compromisos.

En este sentido, este acuerdo tiene unos estándares de compromiso débiles, que pueden llevar a que esta clase de prácticas persistan. Así, el acuerdo es problemático, entre otras razones, porque i) establece un estándar de protección mucho más bajo que el propuesto por la OMS y la OPS al restringir la publicidad solo a menores de 12, lo que va en expresa contravía de lo señalado en las recomendaciones de la OMS y la OPS que disponen que las restricciones deben estar dirigidas a los menores de 16 años; y ii) por otro lado, el acuerdo exceptúa aquellos casos en que los colegios solicitan la promoción y la publicidad para propósitos institucionales, educacionales o informativos. Es decir, es discrecional de la administración de cada colegio (Guarnizo Peralta, 2017).

Dos estudios realizados por Valentina Roza (2017; 2019) y

una investigación periodística del portal La Liga Contra el Silencio (2019) concluyeron que las medidas propuestas por la industria de bebidas azucaradas en el acuerdo de autorregulación no se están cumpliendo y, además, que hay un desconocimiento generalizado de su existencia, lo que se suma a la baja exigibilidad que tiene y a la no vigilancia por parte de un tercero que, además, lo haga exigible.

Norma técnica de autorregulación de la industria de bebidas

En 2019, la Cámara de Bebidas de la ANDI publicó un segundo acuerdo (ANDI y Cámara de la Industria de Bebidas, 2019) con contenidos similares a los anteriores, con la diferencia de que establece un sistema de verificación en cabeza del Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, Icontec. Sin embargo, el estándar, nuevamente, es muy laxo, pues solo aplica para franjas televisivas en las cuales haya un 35% de audiencia infantil y excluye los productos que tengan un contenido mínimo de 12% de fruta, en contravía de los estándares de la OMS y la OPS. Además, tiene problemas de transparencia en el proceso de verificación de cumplimiento que realiza el Icontec, pues los reportes que este emite no serían de acceso público; tampoco prevé un mecanismo adecuado de denuncia, reparación y garantías de no repetición.

Finalmente, este acuerdo repite muchos problemas de los acuerdos anteriores, por lo que tampoco se ajusta a estándares internacionales de derechos humanos y derechos de los niños, niñas y adolescentes, específicamente. Por ejemplo, excluye formas de publicidad y de patrocinio, como el uso de promociones o de personajes en los productos y en campañas, prácticas como el *product placement* o su prohibición en entornos donde los niños y las niñas pasan más tiempo, como en las escuelas.

Conclusión

En síntesis, a través de este documento, pudimos establecer que el sobrepeso y la obesidad son problemas de salud públi-

ca global, que la publicidad incide de manera preponderante en los hábitos de consumo de niños y niñas, y que organismos internacionales, como la OMS y la OPS coinciden, en la necesidad de limitar dicha influencia.

Así mismo, comprobamos que hay múltiples obligaciones internacionales en materia de derechos humanos —de los niños y las niñas a la alimentación, a la salud y a su protección frente a los impactos de la industria—, y estándares constitucionales sobre derechos fundamentales de los niños como sujetos de especial protección constitucional que obligan al Estado colombiano a adoptar una regulación pronta en materia de publicidad de PCU dirigida a niños y niñas.

Igualmente, abordamos algunas cuestiones fundamentales de orden constitucional sobre la viabilidad de regular esta clase de prácticas; de estas, concluimos que, no solamente es posible limitar el derecho a la libertad económica y de empresa, sino que, además, esto no implica limitaciones a la libertad de expresión o al libre desarrollo de la personalidad, pues persigue objetivos constitucionales legítimos, sustentados en una fuerte evidencia científica sin conflicto de intereses.

Finalmente, comprobamos que, pese a las recomendaciones y estándares internacionales, persiste la omisión del Estado de regular la publicidad de PCU dirigida a niños y niñas. Además, las prácticas de autorregulación de la industria se han mostrado ineficaces y no se ajustan a estándares internacionales en materia de derechos humanos. El Estado colombiano tiene el deber urgente de ponerse al día en esta materia no solo como un compromiso con los derechos humanos, sino también con la salud pública y el futuro de millones de niños y niñas en el país.

Referencias bibliográficas

Abarca-Gómez, L., Abdeen, Z. A., Hamid, Z. A., Abu-Rmeileh, N. M., Acosta-Cazares, B., Acuin, C., Adams, R. J., Aekplakorn, W., Afsana, K., Aguilar-Salinas, C. A., Agyemang, C., Ahmadvand, A., Ahrens, W., Ajlouni, K., Akhtaeva, N., Al-Hazzaa, H. M., Al-Othman, A. R., Al-Raddadi, R., Al Buhairan, F., ... Ezzati, M. (2017). Worldwide

trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016. *The Lancet*, 390(10113), 627–642. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32129-3)

Andreyeva, T., Kelly, I. R., & Harris, J. L. (2011). Exposure to food advertising on television: Associations with children's fast food and soft drink consumption and obesity. *Economics and Human Biology*, 9(3), 221-233. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2011.02.004>

Arial, T. (2010). La obesidad infantil : una epidemia mundial. *Ministerio de Sanidad y Consumo*. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/2624_d_obsidad_infantil.pdf

Asociación Nacional de Industriales (ANDI) & Cámara de la Industria de Bebidas. (2016). Industria de bebidas no alcohólicas firma compromisos de autorregulación responsable https://www.postobon.com/sites/default/files/boletin_prensa_compromisos_vf_0.pdf

Asociación Nacional de Industriales (ANDI) y Cámara de la Industria de Bebidas. (2019). Norma de autorregulación respecto a los compromisos de la industria de bebidas en información nutricional, innovación, publicidad consciente, estilos de vida saludable y comercialización responsable. <http://www.andi.com.co/Home/Noticia/13473-icontec-sera-el-organismo-verificador-d>

Baldwin, H. J., Freeman, B., & Kelly, B. (2018). Like and share: Associations between social media engagement and dietary choices in children. *Public Health Nutrition*, 21(17), 3210-3215. <https://doi.org/10.1017/S1368980018001866>

Boyland, E., Thivel, D., Mazur, A., Ring-Dimitriou, S., Frelut, M. L., & Weghuber, D. (2020). Digital food marketing to young people: A substantial public health challenge. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 76(1), 5-8. <https://doi.org/10.1159/000506413>

Buchanan, L., Kelly, B., Yeatman, H., & Kariippanon, K. (2018). The effects of digital marketing of unhealthy commodities on young people: A systematic review. *Nutrients*, 10(2), 148. <https://doi.org/10.3390/nu10020148>

Cai, Q., Chen, F., Wang, T., Luo, F., Liu, X., Wu, Q., He, Q., Wang, Z., Liu, Y., Liu, L., Chen, J., & Xu, L. (2020). Obesity and COVID-19 severity in a designated hospital in Shenzhen, China. *Diabetes Care*, 7. <https://doi.org/https://doi.org/10.2337/dc20-0576>

Canella, S., Levy, R. B., Martins, A. P. B., Claro, R. M., Moubarac, J. C., Baraldi, L. G., *et al.* (2014). Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *PLoS One*, 9(3), e92752. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0092752>

Carter, O. B. J., Patterson, L. J., Donovan, R. J., Ewing, M. T., & Roberts, C. M. (2011). Children's understanding of the selling versus persuasive intent of junk food advertising: Implications for regulation. *Social Science and Medicine*, 72(6), 962-968. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.018>

Chemas-Vélez, M. M., Gómez, L. F., Velásquez, A., Mora-Plazas, M., & Parra, D. C. (2020). Scoping review of studies on food marketing in Latin America: Summary of existing evidence and research gaps. *Revista de Saude Publica*, 53(107), 18. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053001184>

Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M. K., Bhutta, Z. A., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A. S., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D. B., Kwamie, A., Meng, Q., ... Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *The Lancet*, 395(10224), 605-658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)

Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P., & Boyland, E. J. (2019). Social media influencer marketing and children's food intake: A randomized trial. *Pediatrics*, 143(4), 9. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2554>

Coates, A. E., Hardman, C. A., Halford, J. C. G., Christiansen, P., & Boyland, E. J. (2019). The effect of influencer marketing of food and a "protective" advertising disclosure on children's food intake. *Pediatric Obesity*, 14(10), e12540. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12540>

Comisión Nacional de Autorregulación Publicitaria. (2013). *Código Colombiano de Autorregulación Publicitaria*. https://aec1c6dc-782e-4567-897e-849e0745b08d.filesusr.com/ugd/3455e7_799d2f146d164ab79a620ee0e95e3b5b.pdf

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. (1999). *Observación General N.º 12 sobre el derecho a una alimentación adecuada*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1450.pdf>

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. (2000). *Observación General N.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>

Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales. (2017). *Observación General N.º 24 sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales*. Consejo Económico y Social. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFEovLCuW1aoSzabooXTdImnsJZZVQcIMOUu-G4TpS9jwIhCJcXiumBy835dMBXxx3qbFbFIQsxmftFUOg56%2F-9JM1LMnnqJ1PRyKELBcKJtCKvrXnf%2FIH>

Comité de los Derechos del Niño. (2003). *Observación General N.º 5 sobre medidas generales de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidoso3SubSec/Go345517.pdf>

Comité de los Derechos del Niño. (2013a). *Observación General N.º 1, sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhsqIkirKQZLK2M58RF%2F5FovHClS1B9k1r3xoaA7FYrehlsj%2FQwiEONVKEf8BnpvEXSl7WlpnaEMIpupYgu9Jcq5Jnl6KhXRgZtqhSh9BZY9KH>

Comité de los Derechos del Niño. (2013b). *Observación General N.º 16 sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño*. <https://www.unicef.org/peru/media/2566/file/ComitédeDerechosdelNiño:ObservacióngeneralNo16.pdf>

Comité de los Derechos del Niño. (2013c). *Observación General N.º 16 sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño*. https://www.unicef.org/csr/css/CRC_General_Comment_SPANISH_26112013.pdf

Committee on the Rights of the Child (2020) *Draft General Comment N.º 25 (202x) Children's rights in relation to the digital environment*. <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/GCChildrensRightsRelationDigitalEnvironment.aspx>

Congreso de la República de Perú. (2013). *Ley 30021 de Promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes*. http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/decreto_supremo_30021-13_alimentacion_nna.pdf

Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). (2014). *Resolução N.º 163/2014*. <http://crianca.mppr.mp.br/pagina-1635.html>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-075 de 1996. (M. P. Carlos Gaviria Díaz: febrero 28 de 1996). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/T-075-96.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia SU-225 de 1998. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: mayo 20 de 2018). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1998/SU225-98.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-046 de 1999. (M. P. Hernando Herrera Vergara: febrero 29 de 1999). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-046-99.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-117 de 1999. (M. P. Alfredo Beltrán Sierra: febrero 25 de 1999). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/T-117-99.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-093 de 2000. (M. P. Álvaro Tafur Galvis: febrero 2 de 2000). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-093-00.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-153 de 2000. (M. P. José Gregorio Hernández Galindo: febrero 22 de 2000). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2000/T-153-00.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-979 de 2001. (M. P. Jaime Córdoba Triviño: septiembre 13 de 2001). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/T-979-01.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-615 de 2002. (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra: agosto 8 de 2002). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/C-615-02.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-514 de 2003. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: junio 19 de 2003). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-514-03.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-819 de 2003. (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra: agosto 21 de 2003). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-819-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-860 de 2003. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: septiembre 25 de 2003). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-860-03.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-223 de 2004. (M. P. Eduardo Montealegre Lynett: marzo 8 de 2004). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-223-04.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-397 de 2004. (M. P. (Manuel José Cepeda Espinosa: abril 29 de 2004). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/t-397-04.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-538 de 2004. (M. P. Clara Inés Vargas Hernández: mayo 27 de 2004). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2004/T-538-04.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-889A de 2006. (M. P. Jaime Araújo Rentería: octubre 31 de 2006). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/T-889A-06.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-665 de 2007. (M. P. Marco Gerardo Monroy Cabra: agosto 2 de 2007). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/C-665-07.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-253 de 2008. (M. P. Humberto Antonio Sierra Porto: marzo 10 de 2008). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-253-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-299 de 2008. (M. P. Jaime Córdoba Triviño: abril 3 de 2008). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-299-08.htm>

Corte Constitucional de Colombia Sentencia T-360 de 2010. (M. P. Nilson Pinilla Pinilla: mayo 11 de 2010). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-360-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-595 de 2010. (M. P. Jorge Iván Palacio Palacio: julio 27 de 2010). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/c-595-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-639 de 2010. (M. P. Humberto Antonio Sierra Porto: agosto 17 de 2010). <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/C-639-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-830 de 2010. (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva: octubre 20 de 2010). <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2010/C-830-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-899 de 2010. (M. P. Luis Ernesto Vargas Silva: noviembre 12 de 2010). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2010/T-899-10.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-104 de 2012. (M. P. Nilson Pinilla Pinilla: febrero 20 de 2012). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-104-12.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T- 1077 de 2012. (M. P. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub: diciembre 12 de 2012). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-1077-12.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-154 de 2013. (M. P. Nilson Pinilla Pinilla: marzo 21 de 2013). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/T-154-13.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-449 de 2015. (M. P. Jorge Iván Palacio: julio 16 de 2015). <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/C-449-15.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-080 de 2017. (M. P. Jorge Iván Palacio Palacio: febrero 7 de 2017). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-080-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-208 de 2017. (M. P. Antonio José Lizarazo Ocampo: abril 4 de 2017). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-208-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-236 de 2017. (M. P. Aquiles Arrieta Gómez: abril 21 de 2017). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-236-17.htm>

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-543 de 2017. (M. P. Diana Fajardo Rivera: agosto 25 de 2017). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-543-17.htm>

Egger, G., & Swinburn, B. (1997). An “ecological” approach to the obesity pandemic. *British Medical Journal*, 315(7107), 477-480. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7106.477>

Evensen, E., Wilsgaard, T., Furberg, A. S., & Skeie, G. (2016). Tracking of overweight and obesity from early childhood to adolescence in a population-based cohort - the Tromsø Study, Fit Futures. *BMC Pediatrics*, 16(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0599-5>

Gobierno de Chile - Ministerio de Salud. (2015). *Ley 20.606. Sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad*. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

Gobierno de la República de México. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/EstrategiaNacionalSobrepeso.pdf>

Gobierno de Noruega - Ministerio de Cultura. (1992). *Act N.º 127 of 4 December 1992 relating to Broadcasting*. <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/en/no/no094en.pdf>

Gobierno de Suecia - Ministerio de Cultura. (2010). *Radio and Television Act*. [http://www.mprt.se/documents/styrdokument/radio and television act.pdf](http://www.mprt.se/documents/styrdokument/radio%20and%20television%20act.pdf)

Government of Quebec. (1971). *Consumer Protection Act*. <http://legisquebec.gouv.qc.ca/en/showdoc/cs/P-40.1>

Guarnizo Peralta, D. (2017). *Sin reglas ni controles. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad*. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/05/Sin-reglas-ni-controles-DOC-33-versión-final-WEB.pdf>

Guarnizo Peralta, D. (2021). Publicidad para enfermar: restricciones al mercadeo de productos alimenticios ultraprocesados a niños y niñas en la Constitución colombiana. *Revista Derecho del Estado*, (51).

Harris, J. L., Brownell, K. D., & Bargh, J. A. (2009). The food marketing defense model: Integrating psychological research to protect youth and inform public policy. *Social Issues and Policy Review*, 3(1), 211-271. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2009.01015.x>

Huang, C., Huang, J., Tian, Y., Yang, X., & Gu, D. (2014). Sugar sweetened beverages consumption and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective studies. *Atherosclerosis*, 234(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2014.01.037>

John, D. R. (1999). Consumer socialization of children: A retrospective look at twenty-five years of research. *Journal of Consumer Research*, 26(3), 183-213. <https://doi.org/10.1086/209559>

Kasper, N. M., Herrán, O. F., & Villamor, E. (2013). Obesity prevalence in Colombian adults is increasing fastest in lower socio-economic status groups and urban residents: Results from two nationally representative surveys. *Public Health Nutrition*, 17(11), 2398-2406. <https://doi.org/10.1017/S1368980013003418>

Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global Health*, 4(12), E895-E896. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0)

La Liga Contra el Silencio. (2019). *Empresas de bebidas azucaradas incumplen acuerdos de venta en colegios*. <https://ligacontraelsilencio.com/2019/05/23/empresas-de-bebidas-azucaradas-incumplen-acuerdos-de-venta-en-colegios/>

Lighter, J., Phillips, M., Hochman, S., Sterling, S., Johnson, D., Francois, F., & Stachel, A. (2020). Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for COVID-19 hospital admission. *Clinical Infectious Diseases*, 71(15), 896-897. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/cid/ciaa415>

Macklin, M. C. (1996). Preschoolers' learning of brand names from visual cues. *Journal of Consumer Research*, 23(3), 251-261. <https://doi.org/10.1086/209481>

Malik, V. S., Pan, A., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2013). Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Clinical Nutrition*, 98(4), 1084-1102. <https://doi.org/10.3945/ajcn.113.058362>

Mallarino, C., Gómez, L. F., González-Zapata, L., Cadena, Y., & Parra, D. C. (2013). Advertising of ultra-processed foods and beverages: Children as a vulnerable population. *Revista de Saude Publica*, 47(5), 1006-1010. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004319>

McGinnis, J. M., Gootman, J. A., & Kraak, V. I. (2006). *Food marketing to children and youth: Threat or opportunity?* Institute of Medicine of The National Academies. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11514>

Mejía-Díaz, D. M., Carmona-Garcés, I. C., Giraldo-López, P. A., & González-Zapata, L. (2014). Contenido nutricional de alimentos y bebidas publicitados en la franja infantil de la televisión colombiana. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 858-864. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.29.4.7214>

Molnar, A. et al. (2008). Marketing of foods of minimal nutritional value to children in schools. *Preventive Medicine*, 47, (5), 504-507. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2008.07.019>

Mönckeberg B., F., & Muzzo B., S. (2015). La desconcertante epidemia de obesidad. *Revista Chilena de Nutricion*, 42(1), 96-102. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182015000100013>

OPS - OMS. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Food and Agriculture Organization of the United Nations. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://doi.org/10.18356/edcaa4d1-es>

Organización de las Naciones Unidas. (1997). *La Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://doi.org/10.18356/b07e8a63-es>

Organización de las Naciones Unidas. (2011). *Principios rectores sobre empresas y los derechos humanos*. https://www.ohchr.org/documents/publications/guidingprinciplesbusinesshr_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf?sequence=1

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Recomendaciones de la Consulta de Expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños en la Región de las Américas*. [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Experts-Food-Marketing-to-Children-\(SPA\).pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Experts-Food-Marketing-to-Children-(SPA).pdf)

Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas*. Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06447.x>

Palencia, A. (2006). Obesidad: la epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Obesidad*, 17(5), 240-243. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v18n1/critica1.pdf> ISSN 1699-5198

Potvin Kent, M., Pauzé, E., Roy, E. A., de Billy, N., & Czoli, C. (2019). Children and adolescents' exposure to food and beverage marketing in social media apps. *Pediatric Obesity*, 14(6), e12508. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12508>

Qutteina, Y., De Backer, C., & Smits, T. (2019). Media food marketing and eating outcomes among pre-adolescents and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1111/obr.12929>

Relator Especial sobre el Derecho a la Salud. (2014). *Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud*. Consejo de Derechos Humanos. <https://undocs.org/es/A/HRC/26/31>

Relatoría para los Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales. (2019). *Empresas y derechos humanos: estándares interamericanos*. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/EmpresasDDHH.pdf>

Rico-Campà, A., Martínez-González, M. A., Álvarez-Álvarez, I., De Deus Mendonça, R., De la Fuente-Arrillaga, C., Gómez-Donoso, C., & Bes-Rastrollo, M. (2019). Association between consumption of ultra-processed foods and all-cause mortality: SUN prospective cohort study. *The BMJ*, 365(1949), 11. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1949>

Riley, L., Gouda, H., & Cowan, M. (2017). *Noncommunicable diseases progress monitor 2017*. World Health Organization 2017. <https://doi.org/10.2766/120051>

Ronit, K., & Jensen, J. D. (2014). Obesity and industry self-regulation of food and beverage marketing: A literature review. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(7), 753-759.

Rozo, V. (2017). Sobrepesos y contrapesos. *La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad*. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/12/Sobrepeso-y-contrapesos-versión-final-PDF-para-WEB.pdf?x39172>

Rozo, V. (2019). *Dime dónde estudias y te diré qué comes: oferta y publicidad en tiendas escolares de Bogotá*. Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Dejusticia. <https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2019/05/Dime-d%C3%B3nde-estudias-y-te-dir%C3%A9-qu%C3%A9-comes.pdf>

Schwimmer, J. B., Burwinkle, T. M., & Varni, J. W. (2003). Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 289(14), 1813-1819. <https://doi.org/10.1001/jama.289.14.1813>

Smith, R., Kelly, B., Yeatman, H., & Boyland, E. (2019). Food marketing influences children's attitudes, preferences and consumption: A systematic critical review. *Nutrients*, 11(4), 875. <https://doi.org/10.3390/nu11040875>

Te Morenga, L., Mallard, S. & Mann, J. (2013). Dietary sugars and body weight: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 346, e7492. <https://doi.org/10.1136/bmj.e7492>

United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR). (2010). *Fact Sheet N.º 34. The right to adequate food*. <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet34en.pdf>

University of Washington - Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). (2017). *The global burden of disease study*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2017>

Valkenburg, P. M., & Buijzen, M. (2005). Identifying determinants of young children's brand awareness: Television, parents, and peers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(4), 456-468. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.04.004>

World Health Organization. (2003). *Controlling the global obesity epidemic*. <https://www.who.int/nutrition/topics/obesity/en/>

World Health Organization. (2016). *Obesity and overweight: Fact sheet*. WHO Media Centre. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Yang, J., Hu, J., & Zhu, C. (2020). Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Virology*.

El mercadeo y la publicidad de productos comestibles ultraprocesados tienen serios impactos en la salud global, especialmente en los niños, niñas y adolescentes. Aunque varios organismos internacionales recomiendan limitar dicha influencia, surge el debate sobre si esas restricciones están legal y constitucionalmente justificadas en Colombia. Este documento intenta responder a este debate al presentar los argumentos jurídicos de derecho internacional y constitucional que justifican esta medida. Así, se exploran cuatro dimensiones del fenómeno: en primer lugar, por qué es una preocupación central para la salud pública y para los derechos humanos; en segundo, cuáles son las recomendaciones internacionales más autorizadas en la materia; en tercer lugar, cuál es el marco de derechos humanos y de derecho constitucional colombiano que justifica el deber del Estado de regular estas prácticas; y en cuarto, cómo dicha regulación es perfectamente coherente con el ordenamiento constitucional colombiano en tanto no limita la libertad de empresa, ni el derecho a la libre expresión y no es una práctica paternalista. Este documento concluye que la regulación del mercadeo y publicidad de estos productos está plenamente justificada atendiendo a las múltiples obligaciones internacionales y constitucionales en relación con los derechos de los niños y las niñas a la alimentación, a la salud y a su protección frente a los impactos de la industria. Sin embargo, persisten la ausencia de regulación pública y la confianza en mecanismos de autorregulación de la industria que se han mostrado ineficaces y que no se ajustan a estándares internacionales en materia de derechos humanos.



978-958-5597-69-3



Las Enfermedades No Transmisibles y Los Derechos Humanos en Las Américas



OEA/Ser.L/V/II.
Doc. 192
28 de agosto de 2023
Original: español

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

Informe Las Enfermedades No Transmisibles y los Derechos Humanos en las Américas

**Relatoría Especial sobre Derechos Económicos Sociales
Culturales y Ambientales
REDESCA**

Soledad García Muñoz

Relatora Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
Comisión Interamericana de Derechos Humanos

2023
cidh.org

OAS Cataloging-in-Publication Data

Inter-American Commission on Human Rights.

Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas: aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 28 de agosto de 2023 [Elaborado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos].

p. ; cm. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.L)

ISBN 978-0-8270-7712-6

1. Human rights. 2. Chronic diseases--America. 3. Public health--America. 4. Medical policy--America. I. Title. II. Garcia Munoz, Soledad. III. Inter-American Commission on Human Rights. Special Rapporteurship on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights. Series.

OEA/Ser.L/V/II.doc.192/23

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

Integrantes

Margarette May Macaulay
Esmeralda Arosemena de Troitiño
Roberta Clarke
Joel Hernández García
Julissa Mantilla Falcón
Edgar Stuardo Ralón Orellana
Carlos Bernal Pulido

Secretaria Ejecutiva

Tania Reneaum Panszi

Jefa de Despacho de la Secretaría Ejecutiva de la CIDH

Patricia Colchero

Secretaria Ejecutiva Adjunta para el Monitoreo, Promoción y Cooperación Técnica en Derechos Humanos

María Claudia Pulido

Secretario Ejecutiva Adjunta para el Sistema de Casos y Peticiones

Jorge Meza Flores

Relatora Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales

Soledad García Muñoz

La Relatora Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales, Soledad García Muñoz, deja constancia de su agradecimiento al apoyo recibido por la CIDH, como de todos los Estados, personas e instituciones que han contribuido a la realización del presente informe. En especial, reconoce el trabajo realizado por Paula Siverino Bavio y Victoria Faroppa, como equipo consultor que bajo su supervisión ha trabajado en la preparación del informe y en la gestión del proyecto de que trae causa, respectivamente. Asimismo, agradece al Instituto O'Neill para el Derecho y la Salud Nacional y Global de la Universidad de Georgetown por el apoyo financiero para la realización y publicación del documento.

Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 28 de agosto de 2023

ÍNDICE

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
A. Antecedentes	1
B. Objetivos y alcance.....	4
C. Metodología.....	6
CAPÍTULO 2: LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS AMÉRICAS	8
A. Conceptualización de las ENT	8
a. Cáncer	10
b. Enfermedades respiratorias crónicas.....	11
c. Enfermedades cardiovasculares.....	11
d. Diabetes	12
B. ENT y factores de riesgo	13
a. Dietas no saludables.....	13
b. Consumo de tabaco y exposición al humo del tabaco	16
c. Consumo nocivo de alcohol.....	17
d. Inactividad física	18
e. Contaminación del aire	19
C. El impacto de las ENT en los grupos en situación de vulnerabilidad.....	20
D. Impacto económico de las ENT	27
E. Las ENT en el contexto de la pandemia de COVID-19	29
a. La relación sinérgica entre las ENT y elCOVID-19.....	29
b. El impacto de la COVID-19 en la prestación de servicios de salud preventivos, la detección temprana y el tratamiento de las ENT	31
F. Indicadores de seguimiento de los progresos a nivel país de la OMS	35
CAPÍTULO 3: OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y ESTÁNDARES RELEVANTES A LA LUZ DEL MARCO JURÍDICO INTERAMERICANO.....	38
A. Las obligaciones generales de respeto, garantía y de adopción de disposiciones de derecho interno de los Estados.....	38
B. Contenido específico de la obligación de garantizar los derechos humanos en relación con actividades empresariales o económicas relacionadas con las enfermedades no transmisibles.....	40
a. Deber de prevenir violaciones a los derechos humanos.....	41
b. Deberes de regular, supervisar y fiscalizar actividades empresariales	42
c. Deber de investigar, sancionar y asegurar el acceso a reparaciones integrales para las víctimas	45
C. Contenidos relevantes del derecho a la salud en el contexto de las enfermedades no transmisibles	46
a. Contenido normativo del derecho a la salud y obligaciones relacionadas	46
b. Determinantes sociales, ambientales y comerciales del derecho a la salud.....	54
D. Interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos interrelacionados.....	57
a. El derecho a la alimentación adecuada.....	57
b. El derecho al agua.....	61
c. El principio de igualdad y no discriminación.....	64
d. El derecho de acceso a la información.....	67
e. El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico.....	68
f. El derecho a contar con recursos efectivos.....	71
E. El marco jurídico interamericano en materia de empresas y derechos humanos	72
F. La materialización del deber de regulación, supervisión y fiscalización en relación con las ENT.....	76
CAPÍTULO 4: MEDIDAS DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENT	85
A. Estrategias para la disminución del impacto de las ENT en las Américas	85

B.	Intervenciones costoefectivas recomendadas para la prevención y el control de las ENT	88
C.	Abordajes multisectoriales y conflictos de interés	91
D.	Aplicación nacional de mejores inversiones para reducir el impacto de las ENT	95
a.	Medidas para promover la alimentación saludable	96
b.	Consumo nocivo de alcohol.....	110
c.	Consumo y exposición al humo del tabaco.....	111
d.	Promoción de la actividad física.....	114
e.	Experiencias destacadas relacionadas con el abordaje del cáncer	115
f.	Adhesión a la iniciativa HEARTS de la OPS	116
E.	Decisiones legales a favor de las intervenciones regulatorias para la prevención de ENT	118
F.	Acceso a la información, mecanismos e iniciativas de monitoreo	121
G.	Desafíos en la implementación de medidas para la prevención y tratamiento de ENT en la región	123
a.	Desafíos vinculados a las prácticas de interferencia corporativa	124
b.	Desafíos vinculados a la implementación y fiscalización de las medidas	127
c.	Desafíos vinculados a los sistemas de salud	129
d.	Otros desafíos	131
Conclusiones y recomendaciones		Error! Bookmark not defined.
A.	Recomendaciones para los Estados	Error! Bookmark not defined.
B.	Recomendaciones para las empresas	Error! Bookmark not defined.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

A. Antecedentes

1. En este Informe, la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) asume la tarea de abordar desde un enfoque de derechos humanos en el marco del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Sistema Interamericano) la epidemia de enfermedades no transmisibles (ENT) en el continente americano, considerándolo un grave problema de derechos humanos, de salud pública y de desarrollo sostenible. De esta forma, la Relatoría Especial reconoce el grave impacto de las ENT, se suma a los esfuerzos por alcanzar la meta en la reducción de las mismas en la región, haciendo recomendaciones basadas en el derecho internacional de los derechos humanos para su prevención y abordaje.
2. De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las ENT son la primera causa de muerte a nivel global¹, al ser responsables de más del 70% de fallecimientos en el mundo², lo que equivale a aproximadamente 41 millones de muertes³. Más de dos tercios de las ENT son atribuibles a factores de riesgo modificables, entre ellos, el uso de tabaco, el consumo de alcohol, la falta de actividad física y las dietas no saludables.⁴
3. En la región de las Américas, las ENT tienen efectos aún más perjudiciales y extendidos, pues causan alrededor del 80% de las defunciones⁵, es decir, 5,5 millones de muertes al año⁶ y son la causa de tres de cada cuatro defunciones.⁷ Aproximadamente el 39% de las muertes causadas por las ENT ocurre en las personas menores de 70 años, que se consideran muertes prematuras.⁸ La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para el año 2030 respecto de los niveles de 2015, y promover la salud mental y el bienestar. De acuerdo con proyecciones de la OMS y la OPS, en la región no se logrará reducir en un 25% la mortalidad prematura por las ENT para el periodo 2016-2025⁹.
4. De igual modo, en la región los factores de riesgo asociados a las ENT predominan. El 62,5% de la población de la región tiene sobrepeso y obesidad¹⁰, siendo la región con el mayor índice de estos factores de riesgo metabólica nivel global¹¹. El consumo excesivo de alcohol es otro factor que provoca la alta incidencia de las ENT, pues de acuerdo con cifras del 2015, en el continente se consume más

¹ OMS/OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 5. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>; OMS. *Monitoreo de Avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017*, pág. 7. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf?sequence=1>.

² OMS. *Monitoreo de Avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020*, pág. 1. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>.

³ OMS/OPS. *Enfermedades no transmisibles. Datos clave*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.

⁴ World Health Organization, "Noncommunicable diseases: Key facts", Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

⁵ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 2. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁶ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 4. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁷ OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*, Washington D.C., 2014. Disponible en [Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019 \(paho.org\)](https://www.paho.org)

⁸ OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org) Washington, D.C.: OPS; 2019, p. 9

⁹ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 7. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹⁰ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 18. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹¹ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 17 y 18. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

alcohol que en el resto del mundo¹². Algunos factores de riesgo, como la inactividad física y el consumo de tabaco afectan a gran parte de la población. Alrededor del 39,3% de la población no hace actividad física¹³, y el consumo de tabaco en la región tiene una prevalencia de 15,2%¹⁴.

5. La REDESCA considera necesario llamar la atención sobre el hecho que esta situación tiene un costo enorme en materia de derechos humanos. Particularmente, en cuanto al derecho a la salud, las ENT imponen una carga desproporcionada en los sistemas de salud, lo que suele generar problemas de accesibilidad y disponibilidad de los bienes y servicios de salud necesarios para su diagnóstico y tratamiento, así como para atender otras afectaciones de la salud. Estos son componentes esenciales del derecho a la salud conforme lo han reconocido la CIDH, en igual sentido que la Corte IDH y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC)¹⁵. Además las ENT tienen implicaciones en los derechos a la vida y a la integridad personal, así como para el goce del derecho a una alimentación adecuada.
6. Asimismo, las ENT guardan relación directa con el principio de igualdad y no discriminación. Sus implicaciones en las muertes y la posibilidad de enfermarse más gravemente por COVID-19 son una muestra fehaciente de esta situación¹⁶. Las personas que vivían con una ENT fueron especialmente vulnerables a contagiarse de COVID-19, y al mismo tiempo tuvieron un acceso limitado a los servicios de prevención y tratamiento necesarios para su particular condición de salud¹⁷. Las disparidades en la prevalencia de dichas enfermedades y en la exposición a sus factores de riesgo en los grupos más vulnerables – en los que la noción de interseccionalidad resulta fundamental – son, asimismo, muestra de ello.
7. Por ejemplo, es frecuente que las personas desarrollen ENT en el ciclo de vida como adultas mayores, luego de estar más expuestas, por mayor tiempo, a factores de riesgo tales como el uso del tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y las dietas malsanas¹⁸. Por otro lado, las personas que viven en situación de pobreza tienen más probabilidad de no tener acceso a una alimentación saludable y de desarrollar ENT¹⁹; así como las y los niños son más propensos a ingerir alimentos con poco o nulo valor nutricional²⁰, y a padecer sobrepeso y obesidad²¹. Asimismo, las mujeres tienden a padecer de sobrepeso y obesidad en mayor proporción que los hombres²². En la región, las mujeres padecen de trastornos debidos al consumo de alcohol con la prevalencia más alta del mundo²³. De igual modo, la OMS ha alertado sobre la mayor exposición de personas pertenecientes a comunidades indígenas a factores de riesgo de ENT, y ha reconocido que donde existen desigualdades en el acceso a servicios o bienes para

¹² OMS/OPS. *Informe de situación regional sobre el alcohol y la Salud de las Américas*, 2015, pág. 13. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>.

¹³ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 20. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹⁴ OMS y OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 16. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹⁵ REDESCA-CIDH, *COMPENDIO Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales Estándares Interamericanos*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 465, 31 de diciembre 2021. Pág. 119 y 120.

¹⁶ OMS/OPS. *ENT y COVID-19*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/ent-COVID-19>

¹⁷ OMS, PNUD, et al. *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, pág. 12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹⁸ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

¹⁹ OMS. *Malnutrición*, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

²⁰ UNICEF. *Niños, alimentos y nutrición*, 2019, pág. 9. Disponible en: <https://www.onu.org.mx/wp-content/uploads/2020/02/Estado-mundial-de-la-infancia-2019.pdf>.

²¹ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

²² OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

²³ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

- obtener un nivel adecuado de salud, las personas pertenecientes a pueblos indígenas tienen mayor incidencia de ENT²⁴.
8. Las ENT además generan cargas económicas y sociales desproporcionadas en ciertos grupos sociales. Los gastos generados para acceder a servicios médicos y bienes de salud en el tratamiento de ENT suelen superar la capacidad económica de muchas familias, sobre todo cuando no cuentan con un seguro médico²⁵. Estos pagos limitan los recursos que las familias pueden destinar a la obtención de alimentos de buena calidad u otros bienes necesarios para una vida digna. Además, las ENT provocan ausentismo y pérdidas de productividad por parte de quienes las padecen y de las personas proveedoras de cuidados, que suelen ser mujeres²⁶, realizar estas labores sin remuneración y recibir impactos negativos en sus objetivos profesionales o laborales. Las cargas generadas por las ENT a su vez contribuyen al aumento de la inequidad y al riesgo de empobrecimiento²⁷.
 9. Dado que las ENT están asociadas a factores de riesgo modificables, es fundamental que los Estados den cumplimiento a sus obligaciones en materia de derechos humanos para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y otros relacionados de las personas bajo su jurisdicción, y en consecuencia, adopten medidas preventivas, incluyendo intervenciones regulatorias, dirigidas a abordar los determinantes de la salud, así como a reducir la incidencia de los factores de riesgo modificables de las ENT.
 10. En este contexto, también resulta de especial relevancia el marco de empresas y derechos humanos ya desarrollado en el informe temático sobre el tema²⁸. Las ENT son, en gran medida, consecuencia de actividades que contribuyen a la continuidad de hábitos y comportamientos perjudiciales para la salud de las personas. Por ello, tanto la OMS como la OPS, al igual que el Comité DESC y la Relatoría Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, han insistido en la necesidad de que los Estados adopten medidas y regulaciones efectivas sobre las actividades de actores no estatales para enfrentar este problema de salud pública y de derechos humanos. Dichas regulaciones se enmarcan en el deber de garantía en cabeza del Estado respecto del derecho a la salud y otros derechos relacionados.
 11. De esta forma, los Estados deben asegurar que las actividades empresariales no se lleven a cabo a expensas de los derechos y libertades fundamentales de las personas, considerando de manera especial a los grupos en situación de vulnerabilidad, como los niños, niñas y adolescentes (NNA) o poblaciones históricamente discriminadas, como el caso de mujeres y niñas, los pueblos indígenas y tribales, o las comunidades campesinas y poblaciones afrodescendientes, dando particular atención al derecho a la consulta y consentimiento libre, previo e informado según los estándares interamericanos sobre la materia²⁹.
 12. Tal como la CIDH y la Relatoría Especial han sostenido en el Informe sobre Empresas y Derechos humanos: “bajo este marco, cabe reiterar que las empresas pueden ser agentes positivos para el respeto y garantía de los derechos humanos; generar o motivar con sus acciones y comportamientos cambios

²⁴ OMS. *Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020*, pág. 99. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>; ONU. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Pueblos Indígenas. Los pueblos indígenas y la COVID-19. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/COVID-19.html>.

²⁵ OMS/ OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*, 2017, pág. 51. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12096:economic-dimensions-of-noncommunicable-diseases-in-latin-america-and-the-caribbean&Itemid=41995&lang=es.

²⁶ OMS/ OPS. *Enfermedades no transmisibles y género*, 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/es/file/31586/download?token=bMUKZGb4>; y OMS y OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*, 2017, pág. 71. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12096:economic-dimensions-of-noncommunicable-diseases-in-latin-america-and-the-caribbean&Itemid=41995&lang=es.

²⁷ OMS/OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*, 2017, pág. 70. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12096:economic-dimensions-of-noncommunicable-diseases-in-latin-america-and-the-caribbean&Itemid=41995&lang=es.

²⁸ REDESCA- CIDH. *Informe sobre Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el 1 de noviembre de 2019 / [Preparado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II),

²⁹ REDESCA- CIDH. *Informe sobre Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el 1 de noviembre de 2019 / [Preparado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II), parr.3

claves; dar el ejemplo para transformar experiencias de impunidad y abuso sobre derechos humanos, así como coadyuvar a alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030. En tal sentido, un compromiso público y de buena fe de las empresas resultan esenciales para fortalecer las iniciativas que se lleven adelante, así como la construcción de confianza entre las empresas, autoridades y la población, de forma que se trascienda la visión de responsabilidad social empresarial tradicional hacia parámetros vinculantes dirigidos al efectivo respeto de los derechos humanos y el ejercicio de la debida diligencia en materia de derechos humanos³⁰. La REDESCA enfatiza que el respeto de los derechos humanos en el contexto de actividades empresariales coadyuva tanto a que se fortalezca el comportamiento empresarial responsable, como al aumento de la rentabilidad de las empresas al disminuir los riesgos de sufrir reclamos, daños a su imagen pública o pérdidas de oportunidades para sus negocios.³¹

B. Objetivos y alcance

13. El presente informe temático ofrece una primera oportunidad para abordar la temática de las ENT desde el enfoque de derechos humanos en el Sistema Interamericano. El informe busca analizar la situación en la región, establecer estándares interamericanos en la materia, destacar medidas adoptadas por los Estados y ofrecer recomendaciones para orientar el cumplimiento de sus obligaciones en el contexto de las ENT a la luz del derecho internacional de los derechos humanos
14. Siguiendo la línea del Informe sobre Empresas y Derechos Humanos, el presente informe pretende avanzar en la determinación del alcance de las obligaciones en materia de derechos humanos de los Estados y de las responsabilidades de las empresas en el marco del Sistema Interamericano en relación con las ENT y el derecho a la salud y otros derechos relacionados. Al igual que informes previos de la Relatoría Especial, este también se enmarca “dentro de una línea de convergencia que viene teniendo lugar en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos en materia de DESCAs, en punto a los principios de universalidad, interdependencia y plena exigibilidad”³². Además, refleja los avances tanto en trabajo de la CIDH, como en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte Interamericana o Corte IDH), así como del Grupo de Trabajo sobre el Protocolo de San Salvador (GTPSS) y su sistema de indicadores. En tal sentido, al igual que los anteriores, este informe será una nueva herramienta para monitorear, coadyuvar y acompañar a los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales en materia de los DESCAs, así como la adopción, en el marco de las Organización de las Naciones Unidas (en adelante “Naciones Unidas”, o “ONU”), de la Agenda 2030³³.
15. En la actualidad, y en el marco del presente informe, la Comisión y la Relatoría Especial consideran que la prevención y el abordaje de las ENT constituye un problema de derechos humanos que se traduce en obstáculos para el goce y ejercicio de los mismos – en particular el derecho a la salud, a una alimentación adecuada, y a la igualdad y no discriminación- que afectan de manera desproporcionada a personas y poblaciones en especial situación de vulnerabilidad. En determinados supuestos, implica además violaciones de derechos humanos que pueden generar la responsabilidad internacional del Estado.

³⁰ REDESCA- CIDH. *Informe sobre Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el 1 de noviembre de 2019 / [Preparado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II), parr.26.

³¹ REDESCA- CIDH. *Informe sobre Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, el 1 de noviembre de 2019 / [Preparado por la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II), parr.3

³² REDESCA- CIDH. *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* : aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de agosto de 2020 / [preparado por la Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II), parr 14

³³ REDESCA- CIDH. *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* : aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de agosto de 2020 / [preparado por la Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II), parr 14

16. En vista de la amplitud y complejidad que supone este problema de derechos humanos, este informe busca constituir una aproximación inicial, que favorezca el desarrollo y la consolidación de estándares interamericanos en la materia. Al mismo tiempo, la REDESCA espera que permita visibilizar las principales afectaciones de derechos humanos e identificar los desafíos centrales que requieren mayor atención por parte de los Estados miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA). Junto con ello, la Relatoría Especial emite las recomendaciones que buscan abordar sus principales preocupaciones en la materia.
17. Los ejes centrales del informe incluyen: a) la importancia de abordar el problema de las ENT a partir de un enfoque de derechos humanos; b) la necesidad de informar sobre los estándares a nivel interamericano en la temática, c) la relevancia de la regulación de las actividades empresariales relacionadas con los factores de riesgo de ENT, así como hacer visible el rol de las empresas en la prevención y abordaje de las mismas d) la oportunidad de presentar una serie de medidas adoptadas por los Estados en la región y los desafíos frente a éstas, así como de hacer recomendaciones a los Estados en la materia.
18. La adopción de un enfoque de derechos humanos en el ámbito de la prevención y control de la ENT en la región implica que las políticas e instituciones que tienen por finalidad impulsar estrategias en esa dirección, se deben basar y orientar por las normas, los principios y los estándares establecidos en el derecho internacional de los derechos humanos. Un enfoque basado en derechos humanos abre una nueva perspectiva a los esfuerzos para la creación de entornos saludables y sostenibles como método fundamental de prevención y tratamiento en el abordaje de las ENT, teniendo como eje el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas, particularmente de aquellas en condiciones de vulnerabilidad y discriminación histórica, con especial atención en personas viviendo en la pobreza y la pobreza extrema. De este modo, este tipo de abordaje constituye una herramienta para mejorar y fortalecer la legislación, prácticas y políticas públicas que buscan enfrentar al fenómeno de la enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura originada en el padecimiento de las ENT, resaltando el vínculo entre empresas y derechos humanos.
19. Teniendo esto en cuenta, el Capítulo 2 del informe “Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas” esboza el marco conceptual y general de las ENT, su incidencia en la región de las Américas, la repercusión económica de las ENT y su impacto social. Se identifican los factores modificables de riesgo asociados a las ENT y se trata el impacto de las ENT en grupos de situación de vulnerabilidad. Finalmente, se trata la correlación entre el COVID-19 y las ENT.
20. El capítulo 3 versa sobre las “Obligaciones de los Estados y estándares relevantes a la luz del marco jurídico interamericano.” Esta sección comienza por abordar las obligaciones generales de los Estados de respeto y garantía, así como de adopción de disposiciones de derecho interno, para posteriormente, analizar el contenido específico de la obligación de garantizar los derechos humanos en relación con las actividades empresariales en el contexto de las ENT. Se analizan los deberes de regular, supervisar y fiscalizar actividades empresariales ligadas a los factores de riesgo de las ENT, así como las relacionadas con la detección y tratamiento de estas. Asimismo, se alude a los deberes de investigar, sancionar y asegurar el acceso a reparaciones integrales para las víctimas de violaciones de derechos humanos en estos contextos.
21. Posteriormente, se hace referencia a los contenidos relevantes del derecho a la salud en relación con las ENT, a los determinantes sociales, ambientales y comerciales del derecho a la salud, y a las obligaciones de los Estados de abordarlos para prevenir las ENT, así como para reducir la morbilidad y mortalidad derivada de las mismas. Luego, se consideran los contenidos de otros derechos protegidos en el Sistema Interamericano en relación de interdependencia con el derecho a la salud en el contexto de la prevención y abordaje de las ENT, tales como los derechos a la alimentación adecuada, al agua, a la igualdad y no discriminación, al acceso a la información, a gozar de los beneficios del progreso científico y a contar con recursos efectivos. A continuación, el marco jurídico interamericano en materia de empresas y derechos humanos es sintetizado bajo la perspectiva de las actividades empresariales consistentes en producir, comercializar y promover productos no saludables que están vinculados con el desarrollo de ENT, así como el rol de las empresas en la prestación de servicios de salud. Por último, el capítulo tercero

profundiza sobre la forma en que se materializan los deberes de regulación, supervisión y fiscalización de la obligación de garantía de los derechos humanos en relación con las ENT.

22. El capítulo 4 se titula “Medidas dirigidas a la prevención y control de ENT” y toma como base las recomendaciones de los organismos internacionales de salud pública para prevenir y abordar las ENT. Así, por ejemplo, se incluyen las “mejores inversiones” de la OMS que han sido consideradas como intervenciones costo efectivas en la materia. Sobre esta base se identifican algunas medidas adoptadas a nivel nacional en materia de prevención, control y tratamiento de las ENT, concordantes con las recomendaciones de la OMS y la OPS, que han adoptado la forma de políticas públicas, programas, regulaciones y mecanismos de monitoreo. Las fuentes para identificar estas medidas incluyeron las respuestas al cuestionario del informe que contenían información sobre regulaciones y políticas públicas en la materia. Se relevan medidas estatales adoptadas para modificar los factores de riesgo asociados a las ENT y recomendaciones de buenas prácticas de la OMS y la OPS. Igualmente, como resultado de la revisión de las respuestas al cuestionario, la REDESCA logró identificar los principales desafíos en la implementación de las medidas, mismos que son mencionados en el informe. Finalmente, la Relatoría Especial hace recomendaciones, dirigidas a los Estados y a las empresas.

C. Metodología

23. En cuanto a la metodología seguida para la producción del presente informe, la REDESCA se ha valido de una multiplicidad de fuentes que permitieron recabar información documentada y circunstanciada de Estados miembros de la OEA. Estas fuentes fueron además complementadas y contrastadas entre sí para incorporar puntos de vista divergentes sobre una misma situación específica, principalmente entre la información remitida por los Estados, por las organizaciones de la sociedad civil y las procuradas motu proprio por la Relatoría Especial.
24. A los efectos de recabar información actualizada sobre el objeto del presente informe, entre el 30 de diciembre de 2022 y el 29 de enero de 2023 - extendiéndose el plazo luego hasta el 28 de febrero de 2023- la REDESCA circuló un cuestionario de consulta a través de distintos medios y formatos, el cual fue remitido oficialmente a cada una de las representaciones de los Estados Miembros de la OEA y divulgado ampliamente mediante listas de distribución, medios sociales y el sitio de Internet de la Relatoría para hacerlo llegar también a organizaciones de la sociedad civil, universidades, agrupaciones académicas y personas individuales. Este instrumento fue respondido por nueve Estados miembros de la OEA, a saber, Argentina, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, El Salvador, Panamá, Paraguay, Uruguay y 25 organizaciones de la sociedad civil, incluidas instituciones académicas y empresariales. Adicionalmente, remitió su respuesta la Dirección General de Derechos Humanos (DGDH) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México.
25. Las organizaciones de la sociedad civil que aportaron información fueron: El Poder del Consumidor AC, México; Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus; FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes; Los pacientes sí importan, Perú; Alianza ENT Uruguay; Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR); FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo; Corporación Clínica Ambiental Ecuador; Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK), Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability; el Observatorio de Derechos Humanos de la Universidad de Los Andes, Colombia; “Kura Oqlllo – Proyecto para los Derechos Humanos,” Perú; Tecnas SA, Colombia. Personas individuales: Diana Patricia Quintero, Lina Fernanda Gallego y Luis Fernando Gómez. Asimismo, aportaron información la Cámara de la Industria de Alimentos de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia –ANDI; la Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria de Alimentos y Bebidas (ALAIAB) y el Grupo Regional para Latinoamérica y el Caribe del Consejo Internacional de Asociaciones de Bebidas (ICBA).

26. La Relatoría incluye también en su análisis los pronunciamientos de diversos organismos internacionales, grupos de trabajo y mecanismos que tienen por mandato la supervisión de los tratados internacionales, así como los aportes de la reunión con personas expertas celebrada el 11 de julio de 2023. En la reunión de personas expertas se abordó lo relativo a los temas principales relacionados a las ENT desde un enfoque de derechos humanos, los principales desafíos en la región y las recomendaciones en la materia.
27. Asimismo, se consideró la audiencia temática sobre “Soberanía alimentaria, derecho a la alimentación y semillas”, que se desarrolló el 31 de octubre del 2014, donde organizaciones campesinas y de derechos humanos presentaron ante la CIDH información sobre soberanía alimentaria, derecho a la alimentación adecuada y el impacto en los derechos humanos de las nuevas regulaciones en materia de semillas en América Latina y el Caribe. El 13 de junio del 2016 se tuvo la audiencia temática “Derecho a la salud y tabaquismos en América” en la que las organizaciones participantes indicaron que el tabaco es un producto mortal que causa la muerte de la mitad de sus consumidores, y que es causa principal de enfermedad y discapacidad³⁴. Además, señalaron que el tabaquismo perpetúa la pobreza y obstaculiza el desarrollo sostenible de los Estados, afectando desproporcionadamente a los sectores sociales que se encuentran en situación de discriminación histórica. También se tuvo en cuenta la audiencia temática regional sobre el “Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe,” llevada a cabo el 13 de diciembre de 2021, donde dieciséis organizaciones de la sociedad civil de la región presentaron evidencia sobre el contexto regional y la situación alimentaria de niñas, niños y adolescentes en Colombia, el Caribe, Centroamérica, Cono Sur (Argentina y Uruguay), Países Andinos y América del Norte.
28. En relación con las fuentes secundarias, el informe tomó en cuenta: i) información pública oficial obtenida de fuentes estatales; ii) informes, resoluciones y pronunciamientos de organismos intergubernamentales; iii) estudios de organizaciones no gubernamentales, tanto nacionales como internacionales; iv) investigación académica; y v) artículos de prensa.

³⁴CIDH, “Comunicado de prensa. Informe sobre el 157º Período de Sesiones de la CIDH”, el 13 de junio de 2016

CAPÍTULO 2: LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN LAS AMÉRICAS

A. Conceptualización de las ENT

30. El término enfermedades no transmisibles (ENT) “se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, [y] dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo”³⁵. La OMS ha priorizado en sus planes de acción las cuatro ENT con mayor impacto poblacional (el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas)³⁶, así como sus cuatro factores de riesgo en común: el consumo nocivo de alcohol, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo de tabaco. Esta agenda basada en el enfoque 4 x4 (cuatro enfermedades principales y cuatro factores de riesgo) se ha ampliado recientemente, incluyendo a la salud mental entre las ENT y a la contaminación del aire³⁷ como el quinto factor de riesgo de las ENT.³⁸
31. De acuerdo con la OMS y la OPS, en las Américas, las ENT causan el 80% de las defunciones³⁹, es decir, 5,5 millones de muertes al año⁴⁰, y son las principales causas de muerte y discapacidad junto a las afecciones de salud mental, la violencia y las lesiones⁴¹. Este porcentaje varía de un país a otro según la estructura etaria de la población: el más alto se registra en Guyana (57,9%) y Haití (52,4%), y el más bajo en Barbados (28,4%) y Canadá (28,5%).⁴² El número de defunciones varía dependiendo de la subregión. En América del Norte se registra el mayor número de muertes causadas por las ENT, seguida por América del Sur y el Área Andina. En tercer lugar, se encuentran Centroamérica, México y el Caribe latino, y por último, el Caribe no latino.⁴³ Las enfermedades cardiovasculares causan, de acuerdo con estimaciones del 2019, el 28,1% de las muertes; el cáncer el 19,6%; las enfermedades respiratorias crónicas el 7,2%; la diabetes el 5,0%; y otras ENT el 20,8%⁴⁴.
32. Más de dos tercios de las ENT son atribuibles a factores de riesgo modificables, entre ellos, el uso de tabaco, el consumo de alcohol, la falta de actividad física y las dietas no saludables.⁴⁵ Según la OPS, algunas estimaciones sugieren que el consumo de tabaco es específicamente responsable del 15% de las muertes en todo el mundo y del 14% en la región de las Américas.¹⁵

³⁵ OMS/OPS. *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.

³⁶ OMS/OPS. *Enfermedades no transmisibles*. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.

³⁷ OPS. *Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752)

³⁸ OPS. *Enfermedades no transmisibles en las Américas, hechos y cifras*. 2019 Disponible en [OPS/NMH19016 spa.pdf \(paho.org\)](https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752)

³⁹ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 2. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁴⁰ OMS y OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 4. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁴¹ Hennis AJM, Coates A, Del Pino S, Ghidinelli M, Gomez Ponce de Leon R, Bolastig E, et al. *COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for essential health services*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e130. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.130v45e1302021.pdf> (paho.org)

⁴² OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752) Washington, D.C.: OPS; 2019, p. 9

⁴³ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 4. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁴⁴ OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 4. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁴⁵ World Health Organization, “Noncommunicable diseases: Key facts”, Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.

33. El entorno y las condiciones en las que las personas desarrollan su vida influyen en sus elecciones diarias, su nivel de salud y su calidad de vida, constituyéndose en determinantes sociales de la salud.⁴⁶ Asimismo, dichos entornos están fuertemente influenciados por la oferta y promoción agresiva de productos y comportamientos perjudiciales para la salud,⁴⁷ que ha dado lugar a la identificación de los “determinantes comerciales de la salud”⁴⁸. Crear entornos que disminuyan los factores de riesgo y promuevan la salud es fundamental para prevenir las ENT y es parte de los objetivos fundamentales de los planes globales y regionales en materia de ENT.⁴⁹
34. La pobreza, la distribución desigual de la riqueza, la falta de educación, la rápida urbanización, el envejecimiento de la población y otros determinantes sociales, comerciales y ambientales de la salud son factores que contribuyen a que la prevalencia y la incidencia de las ENT sean cada vez mayores⁵⁰. Por esa razón, estos determinantes deben ser tomados en cuenta al momento de elaborar políticas públicas para abordar las ENT desde un enfoque de derechos humanos, que contemple, además, la prevalencia y el impacto dispar de las ENT en ciertos grupos y personas especialmente vulnerables, que están más expuestas a los factores de riesgo de ENT y tienen más dificultades para afrontarlas⁵¹.
35. Se estima que, de los 250 millones de personas viven con al menos una afección crónica, el quintil más bajo de ingresos - donde las poblaciones indígenas y afrodescendientes están sobrerrepresentadas- se asocia con las tasas más altas de obesidad, hipertensión y diabetes no controlada.⁵² Estas desigualdades en materia de salud coexisten “con desigualdades socioeconómicas más amplias que causan diferentes niveles de exposición a riesgos para la salud asociados con la pobreza, la degradación del medio ambiente, las condiciones de trabajo peligrosas y otros factores de riesgo vinculados con el comportamiento, situación que repercute considerablemente en la prevalencia de las ENT”⁵³.
36. La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para el año 2030 respecto de los niveles de 2015, y promover la salud mental y el bienestar. Para lograrlo, la prevención de las ENT es un eje fundamental, no siendo suficiente, aunque también sea necesario, mejorar los servicios de atención en salud. Alineado a ello, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) contempla como objetivo 9 “reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos, violencia y trastornos de salud mental⁵⁴,” bajo los ejes rectores del derecho al goce máximo de salud, la solidaridad panamericana, la equidad en salud, la universalidad y la inclusión social.⁵⁵

⁴⁶ OPS. *Determinantes sociales de la salud*—disponible en <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>.

⁴⁷ WHO. *Commercial Determinants of Health: Key Facts* 5 de noviembre de 2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>; Ilona Kickbusch, Luke Allen, y Christian Franz, “The Commercial Determinants of Health”, *The Lancet. Global Health* 4, núm. 12 (diciembre de 2016).

⁴⁸ WHO. *Commercial Determinants of Health: Key Facts* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>;

⁴⁹OMS. “Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020, el 27 de mayo de 2013, WHA66.10, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1; OPS . Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019, 2014, disponible en plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf (paho.org)

⁵⁰ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 p.10 (Esp) disponible en CSP28-Res-Strat-Spa.pdf (paho.org)

⁵¹ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 p.10 (Esp) disponible en CSP28-Res-Strat-Spa.pdf (paho.org)

⁵²Hennis AJM, Coates A, Del Pino S, Ghidinelli M, Gomez Ponce de Leon R, Bolastig E, et al. *COVID-19 and inequities in the Americas: lessons learned and implications for essential health services*. Rev Panam Salud Publica. 2021;45:e130. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.130v45e1302021.pdf> (paho.org)

⁵³ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 p.4 (Esp) disponible en CSP28-Res-Strat-Spa.pdf (paho.org)

⁵⁴ OPS/OMS. *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* Disponible en www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030.

⁵⁵ OPS/OMS. *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* Disponible en www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030.

a. Cáncer

37. El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en las Américas, siendo la segunda luego de las enfermedades cardiovasculares, ocasionando 1,4 millones de muertes en el año 2020, un 47% de ellas en personas de 69 años de edad o más jóvenes (muertes prematuras).⁵⁶ Con un estimado de casos en la región de 4 millones de personas afectadas por cáncer en 2020, las proyecciones indican que aumentará hasta los 6 millones en 2040.⁵⁷ Los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia en los hombres son: de próstata (8,6%), pulmón (11,7%), colorrectal (10,2%) y vejiga (5,9%), y los de mayor mortalidad son: pulmón (20,6%), próstata (14,5%), colorrectal (10,6%), páncreas (7,0%) e hígado (6,6%). En mujeres, los tipos de cáncer diagnosticados con mayor frecuencia son: mama (30,7%), pulmón (10,3%), colorrectal (9,6%) y cuerpo uterino (6,4 %) siendo mayores las defunciones debido a cáncer de pulmón (18,4%), mama (17,5%), colorrectal (10,6%) y páncreas (7,2%).⁵⁸
38. En las Américas, en el año 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad; de mantenerse las tendencias actuales, se espera un aumento en el número de muertes en la región de un 45% para el año 2030.⁵⁹ Las tasas de cáncer son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica. Así, la incidencia estandarizada por edad en 2020 varió entre 5 casos nuevos por 100 000 mujeres en Canadá y 36 casos por 100 000 mujeres en Bolivia y las tasas de mortalidad oscilaron entre 2 muertes por 100 000 mujeres en Canadá y 19 muertes por 100.000 en Paraguay.⁶⁰
39. En agosto de 2020 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia para la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública, la cual se apoya en tres pilares principales: prevenir, detectar y tratar.⁶¹ A través de este enfoque integral se busca lograr el objetivo de una incidencia menor a 4 mujeres por cada 100.000 mil a través de la prevención, la detección efectiva y el tratamiento de las lesiones precancerosas, el diagnóstico temprano del cáncer y los programas para el manejo del cáncer invasivo.⁶² Además, la OPS trabaja en la implementación en la región de las Américas de otras iniciativas mundiales lanzadas por la OMS: la Iniciativa Mundial para el Cáncer de Mama y la Iniciativa Mundial para el Cáncer Infantil.⁶³
40. En las Américas, en el año 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad.⁶⁴ Ello lo transforma en un problema de salud pública de primer orden que debe ser abordado “mediante una estrategia integral e Inter programática” que se enfoque en el cuidado de la salud sexual y reproductiva, con especial foco en la inmunización de adolescentes, el control y tamizaje a lo largo de la vida de las mujeres, y el cuidado y acceso a la salud de mujeres con lesiones precancerosas y cáncer.⁶⁵
41. Con un estimado de casos en la región de 4 millones de personas afectadas por cáncer en 2020, las proyecciones indican que aumentará hasta los 6 millones en 2040.⁶⁶ Ante este escenario, es clave recordar que se trata de un fenómeno reversible, ya que un 40% de los casos podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave como el uso del tabaco, el consumo abusivo de alcohol, las dietas poco saludable y la inactividad física, e implementando intervenciones efectivas para reducir ciertos tipos de

⁵⁶ OPS. *Cáncer*. Disponible en [Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁵⁷ OPS. *Cáncer*. Disponible en [Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁵⁸ OPS. *Cáncer*. Disponible en [Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁵⁹ OPS. *Cáncer cervicouterino*. Disponible en [Cáncer cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶⁰ OPS/OMS. *Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos* [Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶¹ OPS. *Una estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cervicouterino* [Una estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶² OPS. *Una estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cervicouterino* [Una estrategia mundial para la eliminación del cáncer de cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶³ OPS. *Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos* [Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶⁴ OPS. *Cáncer cervicouterino*. Disponible en [Cáncer cervicouterino - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶⁵ OPS/OMS. *Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos* [Día Mundial contra el Cáncer 2023: Por unos cuidados más justos - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶⁶ OPS. *Cáncer*. Disponible en [Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

cáncer como los programas de tamizaje y vacunación.⁶⁷ Resulta de vital importancia el asegurar el acceso a la salud, dado que muchos cánceres tienen una probabilidad de curación elevada si se detectan temprano y se tratan adecuadamente.⁶⁸ Asimismo, se debe garantizar el acceso a cuidados paliativos⁶⁹. Para asistir a los Estados Miembros en la formulación y orientación de las políticas sobre el cáncer, la OMS ha desarrollado OneHealth, un conjunto de herramientas que “permite una ampliación gradual y estratificada con arreglo a los recursos de las actividades de prevención y control de los cánceres en adultos y niños”⁷⁰.

b. Enfermedades respiratorias crónicas

42. Las enfermedades respiratorias crónicas (ERC) incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma, las enfermedades pulmonares ocupacionales y la hipertensión pulmonar. El humo del tabaco es uno de los principales factores de riesgo de ERC. Otros factores de riesgo incluyen la contaminación del aire, el polvo y las sustancias químicas ocupacionales.⁷¹ Si bien se considera que estas enfermedades no tienen un horizonte auspicioso de recuperación, el tratamiento puede ayudar a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida de las personas que las sufren. Además del duro impacto en la calidad de vida de las personas afectadas por ERC, su familia y/o entorno de cuidados, la pérdida de productividad permanente debido a las ERC tiene un alto impacto individual y social.⁷² Las principales medidas para el control de tabaco surgen del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, cuyos objetivos se refuerzan con miras a lograr la meta 3.4 de los ODS, así como con el Plan de medidas MPOWER de la OMS⁷³.

c. Enfermedades cardiovasculares

43. Conforme datos de la OPS, las enfermedades cardiovasculares (ECV), incluidas las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y las cardiopatías reumáticas, son la principal causa de muerte por ENT, siendo la primera causa de muerte en el mundo y en la región de las Américas⁷⁴. Más de tres cuartas partes de las muertes relacionadas con cardiopatías y accidentes cerebrovasculares ocurren en países de ingresos medianos y bajos⁷⁵.
44. Los principales factores de riesgo de desarrollar una ECV son una alimentación poco saludable, la falta o insuficiencia de ejercicio físico y la exposición al humo del tabaco⁷⁶. La alimentación poco saludable se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras, así como por un consumo elevado de sal, azúcares y grasas, contribuyendo a la obesidad y el sobrepeso, los cuales a su vez son factores de riesgo para las ECV⁷⁷. La falta de suficiente actividad física aumenta en un 20% y un 30% las probabilidades de morir

⁶⁷ OPS. *Cáncer*. Disponible en [Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶⁸ OPS. *Cáncer*. Disponible en [Cáncer - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁶⁹ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costoefectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p.25

⁷⁰ OMS Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informe del Director General .EB148/7 148º reunión, 13 de enero 2021 disponible en [Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: informe del Director General \(who.int\)](#)

⁷¹ OPS. *Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷² Mosegui GBG, Antoñanzas F, de Mello Vianna CM. *Cost of lost productivity from acute respiratory infections in South America*. RevPanam Salud Publica. 2023;47:e65. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.65>

⁷³ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*. 2023, p.xiii, disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

⁷⁴ OPS. *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de NMH. 2021, disponible en [La Carga de Enfermedades Cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁵ OPS/OMS *Enfermedades cardiovasculares* [Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁶ OPS. *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de NMH. 2021, disponible en [La Carga de Enfermedades Cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁷ OPS/OMS *Enfermedades cardiovasculares* [Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

prematuramente, sumado a ello, se estima que la exposición a productos derivados del tabaco es responsable del 10% de todas las muertes ocasionadas por ECV.⁷⁸

45. A nivel de estrategias de prevención, HEARTS es una iniciativa global de la OMS y varios países, apoyada técnicamente en las Américas por la OPS, junto a 26 países de la región como modelo de manejo del riesgo cardiovascular incluyendo la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia en la atención primaria, la cual se está desarrollando teniendo como horizonte el 2025.⁷⁹
46. Por su parte, para lograr la reducción del consumo de sal/sodio la OMS desarrolló el “paquete SHAKE” el cual describe las políticas e intervenciones que han sido efectivas para reducir la ingesta de sal de la población, proporciona evidencia de la eficacia de las intervenciones recomendadas e incluye un conjunto de herramientas que contiene recursos para ayudar a los Estados Miembros a implementar las intervenciones.⁸⁰ La ingesta elevada (más del 1% de la ingesta calórica total) de grasas trans se asocia a un aumento del riesgo de cardiopatía coronaria (más de 500.000 muertes anuales), la OMS ha diseñado REPLACE, un conjunto de medidas destinadas a eliminar las grasas trans de producción industrial del suministro mundial de alimentos.⁸¹ Asimismo, la OPS recomienda la inclusión de intervenciones de manejo de las enfermedades cardiovasculares en los paquetes de cobertura universal de salud; los pacientes con enfermedades cardiovasculares deben tener acceso a los servicios de salud de calidad, tecnología y tratamientos adecuados.⁸²

d. Diabetes

47. Se calcula que, en las Américas, aproximadamente 62 millones de personas tienen diabetes y se registra un alza sostenida a nivel global, tanto del número de casos como de su prevalencia, durante las últimas décadas; según la OPS, la tasa de mortalidad por diabetes va desde un máximo de 115,5/100.000 en Trinidad y Tobago hasta un mínimo de 9,1/100.000 en Canadá.⁸³
48. La diabetes “es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (o azúcar en sangre), que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios.”⁸⁴ La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina y la cual ha aumentado de manera exponencial en los últimos 30 años. Mientras que la diabetes tipo 1 – también llamada diabetes juvenil o diabetes insulino dependiente - es una afección crónica en la que el páncreas produce poca o ninguna insulina por sí mismo, la diabetes tipo 2 está asociada a estilos de vida poco saludables.⁸⁵
49. Está demostrada la relación entre la diabetes tipo 2 y la alimentación no saludable, por lo que ésta puede prevenirse mediante el cambio de alimentación y la actividad física regular y, en las personas diabéticas, la enfermedad puede controlarse eficazmente con farmacoterapia y adoptando estilos de vida saludables.⁸⁶ En el contexto del logro de las metas de reducción de la mortalidad prematura por ENT y para mejorar la prevención y la atención de la diabetes, la OMS lanzó en el año 2021 el Pacto Mundial contra la Diabetes, el cual contempla estrategias por la reducción de los factores de riesgo que desencadenan o inciden en la aparición de la diabetes, mediante políticas de salud multisectoriales y el

⁷⁸ OPS/OMS. *Enfermedades cardiovasculares* Enfermedades cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

⁷⁹ OPS/OPS. *HEARTS en las Américas*. HEARTS en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

⁸⁰ OPS. *SHAKE menos sal, más salud. Guía técnica para reducir el consumo de sal*. 2018, disponible en [9789275319956_spa.pdf](https://www.paho.org/es/documentos/shake-menor-sal-mas-salud) (paho.org)

⁸¹ OMS. *Replace Trans Fat*, disponible en [grasas trans \(who.int\)](https://www.who.int)

⁸² OPS. *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de NMH. 2021, disponible en [La Carga de Enfermedades Cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://datos.bancomundial.org/indicadores/SH.UV.SRVS.CV?locations=LA)

⁸³ OPS. *La carga de las enfermedades cardiovasculares en la Región de las Américas, 2000-2019*. Portal de Datos de NMH. 2021, disponible en [La Carga de Enfermedades Cardiovasculares - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://datos.bancomundial.org/indicadores/SH.UV.SRVS.CV?locations=LA)

⁸⁴ OPS. *Diabetes* Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

⁸⁵ OPS. *Diabetes* Diabetes - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)

⁸⁶ OPS. *Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://datos.bancomundial.org/indicadores/SH.UV.SRVS.CV?locations=LA)

fortalecimiento de la atención primaria de salud “en favor de un diagnóstico y el tratamiento oportunos en los que se dé prioridad a las personas con diabetes en situación de vulnerabilidad.⁸⁷” La iniciativa en las Américas tiene como instancias de implementación a) la evaluación del estado de la diabetes en la región; b) búsqueda y participación de las partes interesadas; c) apoyo técnico de los estados miembros; d) campañas de comunicación, concientización y educación⁸⁸.

B. ENT y factores de riesgo

50. Las ENT se han convertido en la principal causa de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el mundo, y constituyen un reto complejo en términos de salud pública, además de una seria amenaza para el desarrollo económico y social.⁸⁹ Más de dos tercios de las ENT se asocian a factores de riesgo modificables: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una alimentación poco saludable, la inactividad física y la contaminación del aire.⁹⁰ Por consiguiente, la respuesta frente a este gran desafío se centra en prevenir estas enfermedades mediante el control de sus factores de riesgo, considerando en esta tarea los determinantes sociales, ambientales y comerciales de la salud; sin perjuicio de la necesidad de mejorar el acceso y calidad de su tratamiento.
51. Como parte de las estrategias de reducción de la mortalidad por ENT, en la región de las Américas se está implementando el método STEPS, que es un método para la vigilancia de los factores de riesgo de las ENT. STEPS consiste en “un instrumento simple, secuencial y estandarizado que permite recopilar, analizar y difundir datos sobre los principales factores de riesgo de las ENT en personas de entre 18 y 69 años⁹¹”. STEPS consiste en un sistema de tres pasos: “una encuesta de hogares que recopila información sobre los factores de riesgo por medio de entrevistas en persona (paso 1), mediciones físicas simples (paso 2) y recolección de muestras de orina y sangre para realizar análisis bioquímicos (paso 3). Esta herramienta tiene por objeto que los países “construyan y fortalezcan su capacidad de vigilancia de las ENT y los factores de riesgo, y recoge información sobre 11 de los 25 indicadores descritos en el marco mundial de vigilancia de las ENT en relación con siete de las nueve metas mundiales.⁹²”

a. Dietas no saludables

52. Las dietas poco saludables y la malnutrición resultante son los principales impulsores de las ENT en todo el mundo⁹³. Según estimaciones de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), aproximadamente 795 millones de personas no tienen suficiente comida, mientras que 1900 millones consumen demasiado, manifestándose en deficiencias de micro y macronutrientes, obesidad y sobrepeso.⁹⁴ El término “malnutrición” refiere a las carencias, los excesos

⁸⁷OPS. *Pacto Mundial contra la Diabetes*, disponible en [Pacto Mundial contra la Diabetes. Implementación en la Región de las Américas \(paho.org\)](#)

⁸⁸ OPS. *Pacto Mundial contra la diabetes, Implementación en las Américas* Pacto Mundial contra la Diabetes. Implementación en la Región de las Américas OPS/NMH/NV/21-0017, 2021 p.6 disponible en [OPSNMHN210017_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁹OPS *Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹⁰OPS. *Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas PS/NMH/19-014* Disponible en [Las ENT de un vistazo: Mortalidad de las enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹¹OPS /OMS. *Método de la OPS/OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles* disponible en [Método de la OPS/OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles \(STEPS\) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹²OPS /OMS. *Método de la OPS/OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles* disponible en [Método de la OPS/OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles \(STEPS\) - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹³OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 15. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752> y NCD Alliance. *Dietas no saludables y malnutrición* Disponible en [Dietas no saludables y malnutrición | NCD Alliance](#)

⁹⁴ NCD Alliance. *Dietas no saludables y malnutrición* Disponible en [Dietas no saludables y malnutrición | NCD Alliance](#)

y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Conforme la OMS, la malnutrición abarca tres grandes grupos de afecciones: a) la desnutrición: emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); b) la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y c) el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres).⁹⁵

53. El exceso de peso es una de las expresiones de la inseguridad alimentaria y nutricional más prevalentes y crecientes⁹⁶. La mala alimentación y la pobre nutrición se cuentan entre los principales factores de riesgo de las ENT a escala mundial.⁹⁷ La obesidad aumenta el riesgo de tener diabetes, hipertensión, cardiopatías coronarias, accidentes cerebrovasculares y ciertos tipos de cáncer, entre otras enfermedades⁹⁸. El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que representa un riesgo para la salud. El problema ha alcanzado proporciones epidémicas, con más de 4 millones de personas que se estima mueren cada año como resultado de tener sobrepeso u obesidad⁹⁹. Las tasas de sobrepeso y obesidad continúan aumentando tanto en adultos como en niños, según la OMS, desde 1975 hasta 2016, la prevalencia de niños y adolescentes de 5 a 19 años con sobrepeso u obesidad aumentó más de cuatro veces, del 4% al 18% a nivel mundial¹⁰⁰.
54. En la región de las Américas, la obesidad en adultos tuvo una prevalencia estimada en el 2016 de 28,3% y una preponderancia de 12,8% en adolescentes; tanto el sobrepeso, como la obesidad en adultos, predominaron con un 62,5%. A nivel global, la región de las Américas cuenta con el mayor índice de sobrepeso y obesidad¹⁰¹, que afectan particularmente a niñas, niños y adolescentes¹⁰². La prevalencia de la obesidad entre los lactantes, los niños y los adolescentes va en aumento en todo el mundo, la OPS advierte que, en cifras absolutas hay más niños con sobrepeso y obesidad en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos¹⁰³. Asimismo, América Latina y el Caribe tiene las tasas más altas por mortalidad absoluta relacionada al consumo de bebidas azucaradas en el mundo con alrededor de 159 muertes por millón de adultos, en comparación a la media global de 46 por millón, donde un 80% de esas muertes están asociadas a la diabetes.¹⁰⁴
55. América Latina y el Caribe no sólo registran altos niveles de desigualdad, sino también el mayor costo de una dieta saludable.¹⁰⁵ Según la OPS uno de cada cinco territorios de América Latina y el Caribe se encuentra altamente rezagado por la malnutrición, ya sea por retraso del crecimiento o por el sobrepeso.¹⁰⁶ En los últimos 20 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad ha aumentado sustancialmente en la región de las Américas; tanto en niños y niñas menores de cinco años en adultos

⁹⁵ NCD Alliance. *Dietas no saludables y malnutrición* Disponible en [Dietas no saludables y malnutrición | NCD Alliance](#)

⁹⁶OPS. "Alimentación saludable. Un enfoque basado en los derechos humanos" Serie Derechos humanos y salud, p.2 disponible en [*OPSLEGDHdhs8210001_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁹⁷OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 15. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>; NCD Alliance. *Dietas no saludables y malnutrición* Disponible en [Dietas no saludables y malnutrición | NCD Alliance](#). OPS. "Alimentación saludable. Un enfoque basado en los derechos humanos" Serie Derechos humanos y salud, p.2 disponible en [*OPSLEGDHdhs8210001_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁹⁸OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 15. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

⁹⁹ OMS. *Obesidad y sobrepeso*, 2021 disponible en [Obesidad y sobrepeso \(who.int\)](#)

¹⁰⁰OMS. *Obesidad y sobrepeso*, 2021 disponible en [Obesidad y sobrepeso \(who.int\)](#)

¹⁰⁵ FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asejabilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859>, p. ix, disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

¹⁰⁶OPS. "Alimentación saludable. Un enfoque basado en los derechos humanos" Serie Derechos humanos y salud, p.2 disponible en [*OPSLEGDHdhs8210001_spa.pdf \(paho.org\)](#)

está muy por encima de los promedios mundiales y afecta a personas de todos los niveles de ingresos, tanto en zonas rurales como urbanas, incluidos los pueblos indígenas¹⁰⁷. Se estima que en el 2016 la prevalencia de la obesidad fue del 28% (26% en los hombres y 31% en las mujeres), la más alta entre todas las regiones de la OMS¹⁰⁸. Las tasas de prevalencia más altas de sobrepeso y obesidad se observan en los Estados Unidos de América, México y Bahamas, siendo la más baja la de Trinidad y Tobago; en general, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es mayor en las mujeres en la mayoría de los países¹⁰⁹. En este escenario, el sobrepeso infantil en América Latina y el Caribe sigue aumentando, en el 2019 se situó en 7,5%, por encima del promedio mundial de 5,6¹¹⁰.

56. La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud de la OMS aborda dos de los principales factores de riesgo de las ENT, la dieta y la actividad física.¹¹¹ La meta general de la Estrategia es “promover y proteger la salud orientando la creación de un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a una alimentación poco sana y a la falta de actividad física,” así como contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas¹¹². La Estrategia también complementa el trabajo llevado a cabo por la OMS en otras áreas relacionadas con la nutrición, como la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes y la alimentación de lactantes y niños pequeños¹¹³.
57. En materia de prevención y control de la ENT, resulta clave un enfoque que contemple la totalidad del ciclo vital, comenzando por la salud materna y la nutrición prenatal, la lactancia exclusiva desde la primera hora y durante los primeros seis meses de vida; la salud de las y los niños y adolescentes, de las personas adultas y adultas mayores¹¹⁴. Cuando se controlan otras amenazas para la salud, las personas pueden mantenerse sanas hasta una edad avanzada en la medida en que adopten comportamientos saludables, como una alimentación sana, una actividad física regular y adecuada, y eviten el consumo de tabaco¹¹⁵.
58. En ese sentido, el entorno puede constituirse en obeso génicos, al promover el desarrollo de obesidad mediante factores físicos, económicos, legislativos y socioculturales.¹¹⁶ Existe sólida evidencia que vincula a las ENT - en particular a la diabetes- , el sobrepeso y la obesidad al elevado consumo de productos de bajo valor nutricional y alto contenido en azúcar, grasa y sodio, la ingesta habitual de ¹¹⁷bebidas azucaradas y la actividad física insuficiente.¹¹⁸¹¹⁹ La visibilización de la relación entre los

¹⁰⁷ FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es> .p. ix disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

¹⁰⁸OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 15, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹⁰⁹OMS/OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 18, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹¹⁰OPS. *Alimentación saludable. Un enfoque basado en los derechos humanos. Serie Derechos humanos y salud*, p.2 disponible en [*OPSLEGDHdhs8210001 spa.pdf \(paho.org\)](#)

¹¹¹OMS. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. 2004, disponible en [OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹¹²OMS. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. 2004, p.4 disponible en [OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹¹³OMS. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. 2004, p.4 disponible en [OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹¹⁴OMS. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. 2004, p.4 disponible en [OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹¹⁵OMS. *Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud*. 2004, p.4 disponible en [OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, 2004 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹¹⁶OMS/OPS. *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* 53.o Consejo Directivo de la OPS 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS 3 de octubre del 2014, p.9

¹¹⁷

¹¹⁸OMS/OPS. *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* 53.o Consejo Directivo de la OPS 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS 3 de octubre del 2014, p.9 disponible en [CE162-INF-20-B-s-PdA-Obesidad \(paho.org\)](#)

¹¹⁹ OPS/OPS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) 18 de septiembre del 2012 p. 6 disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

factores de riesgo y las ENT no debe conducir a situaciones de estigmatización o discriminación de personas viviendo con sobrepeso u obesidad sino, por el contrario, a alertar sobre la importancia de facilitar y promover la creación de entornos saludables mediante diferentes medidas que incluyen las de tipo regulatorio en relación con las prácticas comerciales que puedan resultar obstructivas del derecho a la salud y el derecho a la alimentación adecuada.

b. Consumo de tabaco y exposición al humo del tabaco

59. La proporción promedio de la población que consume tabaco en la región de las Américas es de 11,3%, en comparación con el promedio mundial de 10,3%.¹²⁰ Según datos del Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 de la OPS, la región de las Américas registró una disminución de la prevalencia del consumo actual de tabaco, que pasó de 28% en el 2000 a 16,3% en el 2020, lo que representa la segunda prevalencia más baja del consumo actual de tabaco en el mundo y junto a la región de Europa muestra la diferencia más pequeña en la prevalencia del consumo actual de tabaco entre las mujeres y los hombres adultos.¹²¹ En el 2020, la prevalencia más alta de consumo actual de tabaco en personas adultas se registra en Chile (29,2%) y la más baja en Panamá (5,0%); y en cuanto a la población joven (personas de 13 a 15 años) Brasil notificó la prevalencia más baja (6,9%), mientras que Dominica informó la prevalencia más alta (25,3%)¹²². En relación con los cigarrillos electrónicos, de los 26 países de la región con información al respecto, Estados Unidos de América tiene la prevalencia más alta de consumo actual a nivel regional en la población joven (19,6%) y Brasil tiene la más baja (0,2%)¹²³.
60. De manera general se considera que el consumo de tabaco es perjudicial para el sistema inmunitario respiratorio y aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades respiratorias infecciosas¹²⁴. Según la OPS, algunas estimaciones sugieren que el consumo de tabaco es específicamente responsable del 15% de las muertes en todo el mundo y del 14% en la región de las Américas.¹⁵ El tabaco sigue siendo el único producto de consumo legal que mata hasta la mitad de quienes lo consumen siguiendo las instrucciones de los fabricantes¹²⁵, siendo además causa de discapacidad y enfermedades con mal pronóstico que afectan severamente la calidad de vida, pese a lo cual continúa siendo un producto legal de venta libre¹²⁶. Pero, además, la exposición al humo del tabaco está relacionada con distintas afecciones respiratorias, cáncer – especialmente de pulmón – y enfermedades cardiovasculares, incluso en no fumadores. Todas las formas de tabaco son perjudiciales y no hay un nivel seguro de exposición al humo del tabaco¹²⁷. Los productos novedosos emergentes de nicotina y tabaco –por ejemplo, los cigarrillos electrónicos (sistemas electrónicos de administración de nicotina [SEAN] y sistemas electrónicos sin nicotina [SESN]) y los productos de tabaco calentados (PTC) – representan una seria amenaza para el control del tabaco, y resultan cada vez más accesibles.¹²⁸

¹²⁰ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.xiii disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹²¹ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.xiii disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹²² OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.xiii disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹²³ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.xiii disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹²⁴ OMS et al. *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 4. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable-diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹²⁵ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.ix disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹²⁶ OPS/OMS. *Agenda de salud sostenible para las Américas 2018-2030: un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región* Disponible en www.paho.org/es/agenda-salud-sostenible-para-americas-2018-2030, p.23

¹²⁷ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.ix, [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹²⁸ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023* p. xix [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

61. Los productos de tabaco imponen una pesada carga sobre la salud, la economía, el medioambiente y las sociedades en general.¹²⁹ Ante el aumento de las personas fumadoras y la evidencia del impacto negativo sobre las personas no fumadoras, y con el fin, entre otros, de proteger a las generaciones actuales y futuras, las Asamblea General de la Salud aprobó en el año 2003 el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), que en la actualidad ha sido ratificado por la mayoría de los Estados de la región. El CMCT considera al tabaquismo como una epidemia y un problema de salud pública, debido al impacto sanitario, la naturaleza adictiva y la amenaza mortal que resulta el tabaco y el humo del tabaco. El objetivo del Convenio es brindar un marco “para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco” (art.3).¹³⁰
62. A más de quince años de su entrada en vigor, el CMCT es considerado uno de los mayores logros en el ámbito de la promoción de la salud pública¹³¹. La región registró una disminución de la prevalencia del consumo actual de tabaco, que pasó de 28% en el 2000 a 16,3% en el 2020, lo cual, según datos de la OPS, representa la segunda prevalencia más baja del consumo actual de tabaco en el mundo¹³². En el 2020, América del Sur se convirtió en la primera subregión dentro de la Región de las Américas en ser catalogada como libre de humo de tabaco, lo que indica que más de 400 millones de personas están protegidas de la exposición al humo ajeno.¹³³
63. El CMCT reconoce la importancia de alcanzar acuerdos políticos para implementar medidas y respuestas multisectoriales e integrales en los diversos niveles de acción gubernamental para desalentar y controlar el consumo y la exposición al humo del tabaco y, a tal efecto, enumera una serie – no taxativa– de prácticas vinculadas al precio y medidas integrales no vinculadas al precio de los cigarrillos, incluida la educación, comunicación, formación y concientización del público y la prohibición y/o restricción de la publicidad; y por otra parte las medidas relacionadas con la reducción de la oferta del tabaco y la protección del medioambiente¹³⁴.

c. Consumo nocivo de alcohol

64. Al analizar las tasas de trastornos por consumo de alcohol y trastornos fetales causados por el alcohol, la región de las Américas presenta las tasas más altas en el mundo; en el 2016 reunía los criterios de un trastorno por consumo de alcohol en una proporción de casi el doble del promedio mundial (5,1%).¹³⁵ Según la OPS entre los consumidores de alcohol, la proporción de aquellos que consumieron excesivamente fue de 40,5%, lo que significa que dos de cada cinco bebedores tuvieron un patrón de consumo que se considera particularmente nocivo para la salud¹³⁶. Se reporta los bebedores actuales están consumiendo más, lo que queda de manifiesto con el aumento del consumo de alcohol per cápita en los bebedores, que pasó de 14,7 litros a 15,1 litros de alcohol puro¹³⁷. Sin embargo, el 27,5% de los habitantes de la región vivían en un país sin cobertura del tratamiento para los trastornos debidos al consumo de alcohol, y 39,4% vivía en un país donde menos de 10% de las personas que necesitan

¹²⁹ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p. xiii [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

¹³⁰ Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. *Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco*, WHA56.1 del 21 de mayo de 2003

¹³¹ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.ix, [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹³² OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.xiii, [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹³³ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022, 2023*, p.ix, [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

¹³⁴ Resolución de la Asamblea Mundial de la Salud. *Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco*, WHA56.1 del 21 de mayo de 2003

¹³⁵ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹³⁶ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹³⁷ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

tratamiento para este tipo de trastorno lo recibían¹³⁸. La detección e intervenciones breves a nivel de la atención primaria de salud no se ha expandido en la mayoría de los países, a pesar de considerarse una política eficaz¹³⁹.

65. El consumo nocivo de alcohol empeora las disparidades sociales y económicas, que ya eran grandes y continúan en aumento; asimismo, el alcohol fue el segundo factor entre los comportamientos de riesgo de muerte en los hombres y el quinto en las mujeres¹⁴⁰. Si estas tendencias permanecen invariables, para el 2025 habrán muerto más de 1 millón de personas más a causa del consumo de alcohol en la región.¹⁴¹
66. De acuerdo con la OMS, el consumo de alcohol puede afectar “la autorregulación, la motricidad y el tiempo de respuesta, lo cual a su vez aumenta los riesgos de lesiones y violencia, como la violencia de pareja.”¹⁴² El consumo de alcohol puede “aumentar durante los tiempos difíciles como estrategia paliativa para aliviar el estrés o la ansiedad o pasar el tiempo cuando la persona decide aislarse voluntariamente”, tal como sucedió en pandemia.¹⁴³ En relación a los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), dentro del ODS 3 la meta 3.5 (fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol) menciona explícitamente el alcohol, considerando dos indicadores: a) la cobertura de los tratamientos de trastornos por abuso de sustancias adictivas; b) el consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro¹⁴⁴. Conforme la OMS, “desde 2010 se han logrado pocos avances en la reducción del consumo nocivo de alcohol, y la elaboración y aplicación de medidas eficaces de fiscalización del alcohol no han sido uniformes en los distintos países y regiones de la OMS”¹⁴⁵.

d. Inactividad física

67. La inactividad física en personas adultas predominó en el 2016 con una tasa del 39,3%. Según la OPS, a nivel global, las mujeres tienen un índice menor de actividad física que los varones (32% y 23%, respectivamente) registrándose, en la mayoría de los países, una disminución de la actividad a medida que aumenta la edad. En América Latina y el Caribe, los niveles de inactividad física aumentaron del 33% al 39% entre 2011 y 2016. Asimismo, personas de grupos estructuralmente discriminados, en situación de pobreza, con discapacidad, con enfermedades crónicas, e indígenas, tienen menores oportunidades de mantenerse activas.¹⁴⁶
68. Se ha comprobado que la actividad física regular ayuda a prevenir y tratar las ENT;¹⁴⁷ las personas con actividad física insuficiente tienen un mayor riesgo de padecer ENT, en comparación con aquellas que

¹³⁸ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹³⁹ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁴⁰ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁴¹ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁴² OMS et al. *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 5. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹⁴³ OMS et al. *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 5. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

¹⁴⁴ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁴⁵ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informe del Director General*. EB148/7 148° 13 de enero 2023 disponible en [Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: informe del Director General \(who.int\)](#)

¹⁴⁶ OMS. *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano*. 2019 Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>

¹⁴⁷ OMS. *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano*. 2019, Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>

realizan al menos 30 minutos de actividad física de intensidad moderada en la mayoría de los días de la semana.¹⁴⁸ Los confinamientos y diversas restricciones de movimiento relacionados con la pandemia por COVID-19 han generado comportamientos sedentarios y actividad física insuficiente, lo cual a su vez aumenta el riesgo asociado de tener obesidad o sufrir ENT. A medida que los países se desarrollan económicamente, los niveles de inactividad aumentan. La OMS reporta que en algunos países estos niveles pueden llegar hasta el 70%, “debido a los cambios en los patrones de transporte, el mayor uso de la tecnología, los valores culturales y la urbanización¹⁴⁹.”

69. Dado el impacto en la prevención y tratamiento de las ENT y como medida para reducir los riesgos a la salud y la carga económica y social que las ENT conllevan, la promoción de la actividad física se ha convertido en una prioridad tanto regional como mundial.¹⁵⁰ Así lo destacan documentos - guía como el Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Niñez y la Adolescencia¹⁵¹ y el Plan de Acción Mundial sobre Actividad Física¹⁵², en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible,¹⁵³ ya que adicionalmente a los múltiples beneficios para la salud que entraña la actividad física, “las sociedades más activas pueden generar otros beneficios, como un menor uso de combustibles fósiles, un aire más limpio y carreteras menos congestionadas y más seguras.”¹⁵⁴

e. Contaminación del aire

70. La contaminación del aire es un riesgo ambiental importante para la salud y “aumenta el riesgo de contraer enfermedades respiratorias agudas y crónicas, que incluyen el asma, las cardiopatías y el cáncer de pulmón.” Diferentes investigaciones han indicado la relación indiscutible entre los contaminantes atmosféricos y el aumento en diferentes enfermedades y padecimientos en la población¹⁵⁵.
71. Se ha advertido del fuerte impacto de la polución ambiental en el desarrollo prenatal -aumento en el riesgo de enfermedades respiratorias en la niñez, aumento en el riesgo cardiovascular, diabetes, síndrome metabólico, retardo madurativo- lo que hace imperativo reducir la contaminación ambiental en pos de mejorar la salud de los niños y niñas,¹⁵⁶ como señala el informe del Alto Comisionado para los Derechos Humanos sobre la Realización de los derechos humanos de los niños y niñas mediante un medio ambiente saludable del año 2020.¹⁵⁷ La OPS señala que los riesgos químicos peligrosos prioritarios “como la exposición a los plaguicidas altamente tóxicos, al plomo y al mercurio, tienden a

¹⁴⁸ OMS et al., *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 6. disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable-diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

¹⁴⁹ OMS. *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030: personas más activas para un mundo más sano*. 2019, disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327897>

¹⁵⁰ OPS. ¿Por qué es importante la actividad física? Disponible en *Actividad Física - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)*

¹⁵¹ OPS /OMS. *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia* 53.o Consejo Directivo de la OPS 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS, 3 de octubre del 2014 disponible en [Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf \(paho.org\)](#)

¹⁵² OMS. *La OMS presenta el Plan de acción mundial sobre actividad física*, C.P. disponible en [La OMS presenta el Plan de acción mundial de la OMS sobre actividad física \(who.int\)](#)

¹⁵³ OPS. ¿Por qué es importante la actividad física? Disponible en *Actividad Física - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org)*

¹⁵⁴ OPS. *Plan de acción mundial sobre actividad física 2018-2030. Más personas activas para un mundo sano* Washington, D.C.; 2019 p. 6 disponible en [9789275320600_spa.pdf \(paho.org\)](#)

¹⁵⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA Misión Permanente ante la OEA Costa Rica, Estrategia Nacional de Abordaje Integral de las Enfermedades No Transmisibles y Obesidad 2022-2030*. Ministerio de Salud, Costa Rica, p 101. Disponible en [estrategia nacional abordaje integral 2022_2030.pdf \(iccp-portal.org\)](#)

¹⁵⁶ Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, Balabanova D, Bhan K, Bhutta ZA, Borrazzo J, Claeson M, Doherty T, El-Jardali F, George AS, Gichaga A, Gram L, Hipgrave DB, Kwamie A, Meng Q, Mercer R, Narain S, Nsungwa-Sabiiti J, Olumide AO, Osrin D, Powell-Jackson T, Rasanathan K, Rasul I, Reid P, Requejo J, Rohde SS, Rollins N, Romedenne M, Singh Sachdev H, Saleh R, Shawar YR, Shiffman J, Simon J, Sly PD, Stenberg K, Tomlinson M, Ved RR, Costello A. *A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission*. Lancet. 2020 Feb 22;395(10224):605-658. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32540-1. Epub 2020 Feb 19. Erratum in: Lancet. 2020 May 23;395(10237):1612. PMID: 3208582, p.10 Disponible en [A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission \(thelancet.com\)](#)

¹⁵⁷ OHCHR, *Realizing the rights of the child through a healthy environment* Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, A/HRC/43/30 disponible en [G2000126.pdf \(un.org\)](#)

afectar desproporcionadamente a los niños contribuyendo a las ENT a lo largo del curso de la vida y a otras enfermedades crónicas como trastornos del desarrollo neurológico defectos congénitos y enfermedades asociadas con desórdenes endócrinos.¹⁵⁸

72. En la región de las Américas, se estima que las muertes atribuibles a los riesgos ambientales se ubican entre el 8% y el 23% del total de muertes, la mayor parte de ellas vinculadas a ENT, las cuales podrían prevenirse con un medio ambiente saludable.¹⁵⁹ En Haití se concentra la mayor carga (46%), seguida de cerca por Honduras, Nicaragua y Paraguay (20%)¹⁶⁰. El promedio anual de contaminación del aire excede el nivel de la directriz de la OMS sobre la calidad del aire (AQG) de 10 g/m³ en todos los países de la región. El nivel de exceso es particularmente alto ($\geq 2,3\%$) en Guatemala, Perú, Surinam y El Salvador.¹⁶¹

C. El impacto de las ENT en los grupos en situación de vulnerabilidad

73. Las personas y grupos en situación de vulnerabilidad están frecuentemente más expuestas a los factores de riesgo de las ENT y tienen mayores dificultades para afrontar su tratamiento¹⁶². Algunos productos que aumentan el riesgo de ENT les resultan más accesibles física y económicamente.¹⁶³ Además, la publicidad de estos productos está a menudo direccionada hacia grupos vulnerables o sometidos a discriminación, incluidas minorías raciales y personas en condiciones socioeconómicas más frágiles.¹⁶⁴ Es por ello que las ENT afectan más y con mayor intensidad a estas personas y grupos.¹⁶⁵
74. Abordar los determinantes de la salud es esencial para reducir la carga de las ENT,¹⁶⁶ atendiendo particularmente a aquellas poblaciones en situación de vulnerabilidad.¹⁶⁷ La CIDH ha establecido que, en particular en relación con el derecho a la salud, se deben considerar los enfoques diferenciados requeridos al momento de adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los grupos

¹⁵⁸ OPS. *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región*, 2017 p.21 disponible en [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/agenda-de-salud-sostenible-para-las-americas-2018-2030)

¹⁵⁹ OPS. *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región*, 2017 p.21 disponible en [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/agenda-de-salud-sostenible-para-las-americas-2018-2030).

¹⁶⁰ OPS. *Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030. Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región*, 2017 p.23 disponible en [Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/agenda-de-salud-sostenible-para-las-americas-2018-2030)

¹⁶¹ OMS / OPS. *Las ENT de un vistazo. Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas*, 2019, pág. 15. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>.

¹⁶² Véase OMS/OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*, 2017, pág. 5. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12096:economic-dimensions-of-noncommunicable-diseases-in-latin-america-and-the-caribbean&Itemid=41995&lang=es.

¹⁶³ Mina Qobadi y Marinelle Payton, "Consumption of Sugar-Sweetened Beverages in Mississippi: Is There A Disparity? Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2012", *International journal of environmental research and public health* 14, núm. 3 (2017): 228; Neha Zahid et al., "Socioeconomic disparities in outdoor branded advertising in San Francisco and Oakland, California", *Preventive Medicine Reports* 27 (2022): 101796; Kim H. Nguyen et al., "Transferring racial/ethnic marketing strategies from tobacco to food corporations: Philip Morris and Kraft General Foods", *American journal of public health* 110, núm. 3 (2020): 329-36; Erin A Dowling et al., "Disparities in Sugary Drink Advertising on New York City Streets", *American journal of preventive medicine* 58, núm. 3 (2020): e87-95; Tamar Adjoian, Rachel Dannefer, y Shannon M. Farley, "Density of outdoor advertising of consumable products in NYC by neighborhood poverty level", *BMC public health* 19, núm. 1 (2019): 1-9.

¹⁶⁴ Sonya A Grier y Shiriki K Kumanyika, "The Context for Choice: Health Implications of Targeted Food and Beverage Marketing to African Americans", *American journal of public health* (1971) 98, núm. 9 (2008): 1616-29; Antronette Yancey et al., "A Cross-Sectional Prevalence Study of Ethnically Targeted and General Audience Outdoor Obesity-Related Advertising", *The Milbank quarterly* 87, núm. 1 (2009): 155-84; Sonya A Grier y Shiriki Kumanyika, "Targeted Marketing and Public Health", *Annual review of public health* 31, núm. 1 (2010): 349-69.

¹⁶⁵ World Health Organization, "Chapter 2: NCDs and development"; Marmot y Bell, "Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action"; Di Cesare et al., "Inequalities in non-communicable diseases and effective responses".

¹⁶⁶ Michael Marmot y Ruth Bell, "Social Determinants and Non-Communicable Diseases: Time for Integrated Action", *BMJ*, el 28 de enero de 2019, 1

¹⁶⁷ CIDH- REDESCA. *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*: aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de agosto de 2020 / [preparado por la Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II, párr 320

en situación de especial vulnerabilidad al momento de adoptar medidas de atención y tratamiento.¹⁶⁸ A continuación se destacan algunos ejemplos, no taxativos, del impacto diferenciado de las ENT en algunos grupos de atención prioritaria.

75. Las personas adultas mayores están más expuestas, por mayor tiempo, a factores de riesgo tales como el uso del tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y las dietas malsanas, por lo que es frecuente que desarrollen ENT en este ciclo de vida.¹⁶⁹ Los Estados deben adoptar y fortalecer todas las medidas legislativas, administrativas, presupuestarias y de cualquier otra índole, a fin de garantizar a las personas mayores un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos de la salud, incluyéndolas de manera prioritaria y adecuada.¹⁷⁰
76. En su informe del año 2020 la Comisión y su Relatoría Especial han advertido que la patologización de las personas trans y de género diverso en la provisión de servicios de salud sigue siendo uno de los mayores obstáculos para su acceso a atención médica integral, y si bien algunos Estados han avanzado en la toma de medidas específicas para erradicar el paradigma patologizante, el cambio aún no se ve reflejado en las actitudes y formas de atender por parte del personal de salud.¹⁷¹ A las barreras de acceso al sistema de salud, sobre todo en aquellos Estados que no reconocen aun el derecho a la identidad de género, sumado a la situación de precarización laboral y pobreza, hacen especialmente vulnerable a la población trans frente a las ENT.
77. La Comisión y la REDESCA han señalado cómo las personas trans deben enfrentar dificultades cuando desean acceder a cuidados que están “tabulados” como propios de un género determinado, como puede ser el caso de los servicios de mamografía, atención ginecológica, exámenes de Papanicolaou o de cuidados relativos a salud reproductiva para hombres trans, o bien servicios de urología para mujeres trans¹⁷². Debido a esto, muchas personas trans que pueden acceder al sistema de salud prefieren no hacerlo, lo cual puede postergar exámenes preventivos necesarios para la identificación temprana de enfermedades como el cáncer. Esto representa un severo obstáculo para el cuidado de la propia salud y agrava problemas de salud prevenibles.¹⁷³
78. La Comisión ha identificado a las mujeres, niñas y adolescentes como personas en situación particular de discriminación en la región y, en consecuencia, ha priorizado sus líneas de trabajo para promover y garantizar sus derechos fundamentales¹⁷⁴. Con base en dicho marco, la CIDH ha mantenido un rol esencial en el desarrollo de estándares para la protección y defensa de las mujeres, niñas y adolescentes y ha recomendado a los Estados de forma consistente adoptar esfuerzos concretos para garantizar, por un lado, la universalidad de los derechos reconocidos en el Sistema Interamericano, y por otro, iniciativas para cumplir con las decisiones y recomendaciones de tanto la CIDH como la Corte IDH.¹⁷⁵

¹⁶⁸ CIDH. Resolución N° 1/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas* (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020) párr.38

¹⁶⁹ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

¹⁷⁰ CIDH. *La CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos de las personas mayores frente a la pandemia del COVID-19* CP No. 088/20 disponible en [La CIDH urge a los Estados a garantizar los derechos de las personas mayores frente a la pandemia del COVID-19 \(oas.org\)](https://www.oas.org)

¹⁷¹ REDESCA- CIDH. *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* : aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de agosto de 2020 / [preparado por la Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II, párr 328

¹⁷² CIDH. Resolución N° 1/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas* (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020)

¹⁷³ REDESCA- CIDH. *Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales* : aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 7 de agosto de 2020 / [preparado por la Relatoría Especial sobre los Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos]. OEA/Ser.L/V/II, párr 336.

¹⁷⁴ CIDH. *Plan estratégico 2017-2021*. Aprobado por la CIDH durante su 161° período de sesiones, marzo de 2017.

¹⁷⁵ CIDH. *Violencia y discriminación contra niños, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*, 2019 OEA/Ser.L/V/II. Doc.233/19 parr. 3

79. El género es un factor relevante al evaluar el impacto de las ENT, no solo en razón de diferencias biológicas sino también por las conductas ligadas a los roles de género¹⁷⁶. La marginación social expone a hombres y a mujeres a los factores de riesgo de formas diversas, influyendo en la posibilidad y recursos accesibles tanto para modificar comportamientos de riesgo como para lograr resultados positivos en caso de realizar intervenciones frente a estas enfermedades.¹⁷⁷¹⁷⁸ Una medida como aumentar el acceso y las oportunidades para la actividad física de las mujeres y las niñas a lo largo del ciclo de vida a poner fin a la discriminación, y permitir que desarrollen competencias transferibles que permitan una vida más independiente y conduzcan a actividades generadoras de ingresos, así como también a la participación en la economía¹⁷⁹.
80. En la región, las mujeres padecen de trastornos debidos al consumo de alcohol con la prevalencia más alta del mundo¹⁸⁰ y tienden a padecer de sobrepeso y obesidad en mayor proporción que los hombres¹⁸¹. Adicionalmente debe tenerse presente que hombres y mujeres manifiestan de forma diferente los síntomas en algunas ENT. Un claro ejemplo en materia de estereotipos de género en el ámbito de las ENT es el de las enfermedades cardiovasculares (ECV): si bien las enfermedades cardiovasculares son la mayor causa de muerte de mujeres en el mundo, la enfermedad coronaria ha sido considerada una enfermedad de varones y, no obstante, el alarmante aumento de la mortalidad femenina en las últimas décadas, las ECV “continúan siendo sub estudiadas, subdiagnosticadas y sub tratadas en las mujeres.”¹⁸²
81. Así en situaciones de emergencias son diagnosticadas en menor medida que los varones y recibe menos tratamientos farmacológicos e indicación de cirugías.¹⁸³ Diversos estudios señalan que podría haber dificultades en el diagnóstico de las mujeres ya que los síntomas pueden ser confundidos con angina, estrés o depresión, al diferir sensiblemente de los que presenta un varón que está sufriendo un infarto.¹⁸⁴ De igual manera, se indica que las necesidades en materia de salud de las mujeres, cuando no están asociadas a la salud reproductiva, no son consideradas de manera apropiada en el sistema de sanitario.¹⁸⁵

¹⁷⁶ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

¹⁷⁷¹⁷⁷ OPS *Enfermedades no transmisibles y género*, hoja informativa. Disponible en [PAHO-Factsheet-Gender-Espanol.pdf](#)

¹⁷⁸ OPS. *Enfermedades no transmisibles y género*, hoja informativa. Disponible en [PAHO-Factsheet-Gender-Espanol.pdf](#)

¹⁷⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles. Anexo 2 p.25

¹⁸⁰ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

¹⁸¹ OMS/OPS. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*, 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

¹⁸² [Acute Myocardial Infarction in Women](#) Laxmi S. Mehta, MD, FAHA, Chair, Theresa M. Beckie, PhD, FAHA, Co-Chair, Holli A. DeVon, PhD, RN, FAHA, Cindy L. Grines, MD, Harlan M. Krumholz, MD, SM, FAHA, Michelle N. Johnson, MD, MPH, Kathryn J. Lindley, MD, Viola Vaccarino, MD, PhD, FAHA, Tracy Y. Wang, MD, MHS, MSc, FAHA, Karol E. Watson, MD, PhD, and Nanette K. Wenger, MD, FAHA and on behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research and on behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research Disponible en [Acute Myocardial Infarction in Women \(ahajournals.org\)](#)

¹⁸³ Martínez Marín María Pía, Gallardo Cuadra Ismael. Explicaciones no atendidas sobre las brechas de género en la enfermedad cardiovascular ¿Cómo entender diferencias de género en el infarto de miocardio?. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Mayo 01] ; 146(8): 921-926. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800921](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000800921&lng=es).

¹⁸⁴ Martínez Marín María Pía, Gallardo Cuadra Ismael. Explicaciones no atendidas sobre las brechas de género en la enfermedad cardiovascular ¿Cómo entender diferencias de género en el infarto de miocardio?. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2018 Ago [citado 2023 Mayo 01] ; 146(8): 921-926. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800921](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000800921&lng=es).

¹⁸⁵ [Acute Myocardial Infarction in Women](#) Laxmi S. Mehta, MD, FAHA, Chair, Theresa M. Beckie, PhD, FAHA, Co-Chair, Holli A. DeVon, PhD, RN, FAHA, Cindy L. Grines, MD, Harlan M. Krumholz, MD, SM, FAHA, Michelle N. Johnson, MD, MPH, Kathryn J. Lindley, MD, Viola Vaccarino, MD, PhD, FAHA, Tracy Y. Wang, MD, MHS, MSc, FAHA, Karol E. Watson, MD, PhD, and Nanette K. Wenger, MD, FAHA and on behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research and on behalf of the American Heart Association Cardiovascular Disease in Women and Special Populations Committee of the Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, Council on

82. Adicionalmente, la publicidad de productos no saludables a menudo reproduce estereotipos de género y “perpetúa la dinámica tradicional y desigual en detrimento de la mujer.”¹⁸⁶ Aunque existen muchos hogares que dependen de las mujeres para su subsistencia, o bien con ingresos dobles, las mujeres siguen cargando con una parte desproporcionada de las tareas del hogar,¹⁸⁷ y a pesar de la acumulación de tareas, se sigue esperando que las mujeres se ocupen de preparar las comidas¹⁸⁸. Desde la Relatoría Especial del Derecho a la Salud de Naciones Unidas se ha propuesto que “las políticas alimentarias que priorizan la comida en el hogar para mejorar la dieta deben tener en cuenta las dinámicas del género y del mercado de trabajo (...) y no deben centrarse únicamente en las madres, sino que deben fomentar el papel de los hombres en la preparación de las comidas, y tomar en consideración las diversas modalidades de organización de la familia.”¹⁸⁹
83. Además de las diferencias en la exposición a factores de riesgo y prevalencia de enfermedades, el género es relevante en el contexto de las ENT debido a las cargas diferenciadas en materia de cuidado. Las tareas de cuidado recaen frecuentemente en mujeres y niñas, quienes a menudo se ven obligadas a relegar otras actividades personales y laborales para afrontar las cargas de cuidado sin remuneración.¹⁹⁰ Esto impone una carga desproporcionada para las personas cuidadoras, y particularmente para aquellas en situación de vulnerabilidad.¹⁹¹
84. El trabajo de cuidado, tanto remunerado como no remunerado, es de vital importancia para el futuro del trabajo decente¹⁹². El no remunerado es tanto un aspecto importante de la actividad económica como un factor indispensable que contribuye al bienestar de las personas, sus familias y las sociedades, pero a menudo no se contabiliza ni se reconoce¹⁹³. A nivel global, un alto porcentaje del trabajo de cuidado es realizado por cuidadoras y cuidadores no remunerados; y son las mujeres y las niñas – particularmente de grupos desfavorecidos- quienes realizan más de tres cuartas partes de la cantidad total de trabajo de cuidados no remunerado.¹⁹⁴ Ningún país del mundo registra una prestación de cuidados no remunerada igualitaria entre hombres y mujeres. Las mujeres dedican en promedio 3,2 veces más tiempo que los hombres a la prestación de cuidados no remunerado¹⁹⁵.
85. Si bien el número de personas que viven con discapacidades en todo el mundo continúa creciendo, el acceso de éstas a la atención médica, incluida la prevención y el tratamiento de enfermedades no transmisibles (ENT), no ha mejorado mucho en la última década.¹⁹⁶ Como señala la OMS, “las personas

Cardiovascular and Stroke Nursing, and Council on Quality of Care and Outcomes Research Disponible en [Acute Myocardial Infarction in Women \(ahajournals.org\)](#)

¹⁸⁶Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/3, 1 de abril de 2014, parr 39, disponible en [A-HRC-26-31 sp.doc \(live.com\)](#)

¹⁸⁷Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/3, 1 de abril de 2014, parr 39, disponible en [A-HRC-26-31 sp.doc \(live.com\)](#)

¹⁸⁸Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/3, 1 de abril de 2014, parr 39, disponible en [A-HRC-26-31 sp.doc \(live.com\)](#)

¹⁸⁹Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/3, 1 de abril de 2014, parr 41, disponible en [A-HRC-26-31 sp.doc \(live.com\)](#)

¹⁹⁰ PAHO. “Non-communicable diseases and gender: factsheet”, <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Gender-English.pdf>.

¹⁹¹ Louis W. Niessen et al., “Tackling Socioeconomic Inequalities and Non-Communicable Diseases in Low-Income and Middle-Income Countries under the Sustainable Development Agenda”, *Lancet (London, England)* 391, núm. 10134 (el 19 de mayo de 2018): 2036–46, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30482-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3); NCD Alliance, “Non Communicable Diseases A priority for womens’s health and development”, 2010.

¹⁹² OIT. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Resumen Ejecutivo* disponible en [wcms_633168.pdf \(ilo.org\)](#)

¹⁹³ OIT. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Resumen Ejecutivo* disponible en [wcms_633168.pdf \(ilo.org\)](#)

¹⁹⁴ OIT. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Resumen Ejecutivo* disponible en [wcms_633168.pdf \(ilo.org\)](#)

¹⁹⁵ OIT. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Resumen Ejecutivo* disponible en [wcms_633168.pdf \(ilo.org\)](#)

¹⁹⁶ NCD Alliance. *La equidad en salud, incluyendo la atención en salud, elude a las personas viviendo con discapacidades* disponible en [La equidad en salud, incluyendo la atención de las ENT, elude a las personas que viven con discapacidades | NCD Alliance](#)

con discapacidad mueren antes, tienen peor salud y funcionamiento, y se ven más afectadas por emergencias de salud que las personas sin discapacidad¹⁹⁷. Ello se debe “a condiciones injustas que afectan de manera desproporcionada a las personas con discapacidad que se pueden agrupar en cuatro categorías interrelacionadas: a) factores estructurales, b) determinantes sociales de la salud; c) factores del sistema de salud y d) factores de riesgo asociados a las enfermedades no transmisibles, como el consumo de tabaco, la dieta, el consumo de alcohol y la cantidad de ejercicio, así como factores ambientales, como la contaminación del aire¹⁹⁸.”

86. Según la OMS, la mayor exposición a los factores de riesgo para las personas con discapacidad se debe principalmente a las intervenciones de salud pública que no son inclusivas¹⁹⁹. El informe mundial de 2022 de la OMS señala que “la discapacidad está fuertemente vinculada a las ENT”, dado que las personas con discapacidad son más vulnerables a las ENT, a menudo debido a la exclusión de los servicios de atención médica u otros factores injustos, y, por otra parte, la condición de salud que subyace a una discapacidad es con frecuencia una ENT²⁰⁰. Además, las personas que viven con ENT pueden desarrollar deficiencias secundarias, que pueden causar restricciones en la actividad y la participación cuando no existen factores personales y ambientales de apoyo²⁰¹”. El Informe también señala intervenciones costo efectivas en ENT para personas viviendo con alguna discapacidad²⁰².
87. Por otra parte, la OMS ha alertado sobre la mayor carga de ENT entre personas pertenecientes a comunidades indígenas²⁰³. De la misma manera se reporta que en algunos países, “la población de ascendencia africana sufre cardiopatías con mayor frecuencia y, a menudo, no recibe tratamiento oportuno, por lo que registra tasas de defunciones por infarto de miocardio más altas que las observadas en la mayor parte de los otros grupos raciales o étnicos”.²⁰⁴
88. Por su parte, es importante considerar el abordaje de la salud de las personas en situación de movilidad humana, asegurando el acceso al sistema de salud, lo cual además de ser una obligación en materia de derechos humanos, “constituye una buena práctica del ámbito de la salud pública, reduciendo costos en salud, facilitando la integración y contribuyendo al desarrollo social y económico”²⁰⁵.
89. La Relatoría Especial ha sido informada por una organización de sociedad civil de Uruguay de las mediciones de la primera Etnoencuesta de Inmigración Reciente de Montevideo (ENIR), realizada en 2018, que confirma el dinamismo y la complejidad en la relación entre salud y migración, “la migración, a lo largo del ciclo migratorio, modifica los determinantes sociales de la salud y conlleva, en algunas

¹⁹⁷ OMS. *Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]*, 2022, p.5 disponible en Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen (who.int)

¹⁹⁸ OMS. *Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]*, 2022, p.5 disponible en [Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen \(who.int\)](#)

¹⁹⁹ OMS. *Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]*, 2022, p.5 disponible en [Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen \(who.int\)](#)

²⁰⁰ NCD Alliance. *La equidad en salud, incluyendo la atención en salud, elude a las personas viviendo con discapacidades* disponible en [La equidad en salud, incluyendo la atención de las ENT, elude a las personas que viven con discapacidades | NCD Alliance](#)

²⁰¹ NCD Alliance. *La equidad en salud, incluyendo la atención en salud, elude a las personas viviendo con discapacidades* disponible en [La equidad en salud, incluyendo la atención de las ENT, elude a las personas que viven con discapacidades | NCD Alliance](#)

²⁰² NCD Alliance. *La equidad en salud, incluyendo la atención en salud, elude a las personas viviendo con discapacidades* disponible en [La equidad en salud, incluyendo la atención de las ENT, elude a las personas que viven con discapacidades | NCD Alliance](#); OMS. *Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen [Global report on health equity for persons with disabilities: executive summary]*, 2022, p.5 disponible en [Informe mundial sobre la equidad sanitaria para las personas con discapacidad: resumen \(who.int\)](#)

²⁰³ OMS. *Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020*, pág. 99. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>; ONU. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Pueblos Indígenas. Los pueblos indígenas y la COVID-19. Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/COVID-19.html>

²⁰⁴ OPS/OMS Resolución CSP28.R13 *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp), p.10; disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

²⁰⁵ OIM. *Salud migratoria y desarrollo sostenible*, disponible en [Salud Migratoria Y Desarrollo Sostenible | International Organization for Migration \(iom.int\)](#)

circunstancias, a altos niveles de vulnerabilidad, teniendo como consecuencia impactos en el estado de salud y la calidad de vida de la persona²⁰⁶.” La Corte IDH ha establecido que “la atención médica en casos de emergencias debe ser brindada en todo momento para los migrantes en situación irregular, por lo que los Estados deben proporcionar una atención sanitaria integral tomando en cuenta las necesidades de grupos vulnerables.²⁰⁷”

90. Los Estados deben garantizar a las personas migrantes el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, incluyendo a los determinantes subyacentes de la salud; no siendo admisible negar atención médica a un migrante por razón de su situación migratoria, o por carecer de documentos de identidad. Toda persona, independientemente de su situación migratoria o su origen, tiene derecho a recibir la misma atención médica que los nacionales²⁰⁸, incluyendo servicios vinculados a las ENT.
91. Los niños, niñas y adolescentes son un grupo particularmente vulnerable en cuanto a la exposición a factores de riesgo de las ENT, a través de la promoción y publicidad agresiva de productos ultra procesados, tabaco y alcohol, los que tienen un fuerte impacto negativo en su salud²⁰⁹. Así, además de que las ENT son comunes entre personas adultas mayores, como se mencionó anteriormente, las y los niños también están particularmente expuestos a sus factores de riesgo y por lo tanto a desarrollar ENT a lo largo de su ciclo de vida²¹¹.
92. Los Estados deben tomar en cuenta que ciertos grupos en situación de vulnerabilidad estructural, entre ellos los niños, las niñas y los adolescentes, requieren atención diferenciada²¹². Al respecto el Alto Comisionado para los Derechos Humanos indica cómo la vulnerabilidad y el estatus social propio de los niños impone deberes reforzados a los Estados, para poder lograr “esfuerzos sustentables para poder proteger de manera efectiva a los niños del daño ambiental, fortalecer sus capacidades y considerar sus perspectivas y competencias para poder facilitar el acceso a recursos efectivos y oportunos.”²¹³
93. La REDESCA expresa su profunda preocupación ante los niveles de retraso del crecimiento infantil, el cual resulta desproporcionadamente alto en territorios rurales, en poblaciones con altos niveles de pobreza y bajos niveles de escolaridad.²¹⁴. Esto puede afectar sus capacidades cognitivas y su salud en general al nacer con bajo peso debido a la malnutrición o desnutrición de sus madres en la etapa gestacional; debido al impacto del reemplazo de la leche materna por fórmula; por los efectos nocivos de la exposición en la etapa prenatal y de primera infancia a la contaminación ambiental, entre otros.²¹⁵ Los

²⁰⁶Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Alianza ENT Uruguay

²⁰⁷ Corte IDH. Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012. Serie C No. 251

²⁰⁸ CIDH. Resolución N° 04/19. Principios interamericanos sobre los derechos humanos de todas las personas migrantes, refugiadas, apátridas y las víctimas de la trata de personas (Resolución 04/19 aprobada por la Comisión el 7 de diciembre de 2019)

²⁰⁹Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez. Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA; enero 2023, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

²¹⁰OMS. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. World Health Organization., 2010, p.7 disponible en [*9789241500210_eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/set-of-recommendations-on-the-marketing-of-foods-and-non-alcoholic-beverages-to-children)

²¹¹NCD Alliance, "A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)" [Los niños y las enfermedades no transmisibles en el centro de atención. Documento de posición preparado para la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles], Nueva York, septiembre de 2011 pp 5 - 7)

²¹² CIDH. *Plan estratégico 2017-2021*. Aprobado por la CIDH durante su 161° período de sesiones, marzo de 2017. CIDH. Comunicado de Prensa No. 047/2016. *CIDH llama la atención sobre constantes desafíos que las niñas y las adolescentes enfrentan en la región*. 2 de octubre 2016. CIDH. *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección OEA/Ser.L/V/II.166 Doc. 206, 2017*. CIDH. *Violencia y discriminación contra niños, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*, 2019 OEA/Ser.L/V/II. Doc.233/19

²¹³ OHCHR, *Realizing the rights of the child through a healthy environment* Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights, A/HRC/43/30 disponible en [G2000126.pdf \(un.org\)](https://www.unhcr.org/refugees/files/2019/09/G2000126.pdf)

²¹⁴OPS. *Alimentación saludable. Un enfoque basado en los derechos humanos*. Serie Derechos humanos y salud, p.2 disponible en [*OPSLEGDHds8210001_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/20140801_spa.pdf)

²¹⁵ Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, Balabanova D, Bhan K, Bhutta ZA, Borrazzo J, Claeson M, Doherty T, El-Jardali F, George AS, Gichaga A, Gram L, Hipgrave DB, Kwamie A, Meng Q, Mercer R, Narain S, Nsungwa-Sabiiti J, Olumide AO, Osrin D, Powell-Jackson T, Rasanathan K, Rasul I, Reid P, Requejo J, Rohde SS, Rollins N, Romedenne M, Singh Sachdev H, Saleh R, Shawar YR, Shiffman J, Simon J, Sly PD, Stenberg K, Tomlinson M, Ved RR, Costello A. *A future for the world's children? A WHO-UNICEF-*

riesgos de llevar una alimentación poco saludable existen desde la temprana infancia. Para reducir el impacto de las ENT en la adultez es esencial favorecer la lactancia materna y facilitar el acceso a alimentos saludables, así como fomentar una alimentación nutritiva, sin excesos de azúcares, sodio y grasas, junto a una actividad física adecuada.²¹⁶ La REDESCA se hace eco de la preocupación por el impacto de las ENT y sus factores de riesgo, debido a sus graves repercusiones en la salud y en la realización de derechos, que constituye una amenaza para las generaciones presentes y futuras.²¹⁷

94. Otro aspecto prioritario es considerar la interrelación entre ENT y pobreza. La Comisión Interamericana considera a la pobreza como un problema estructural que se traduce en afectaciones al goce y ejercicio de los derechos humanos y que, puede implicar violaciones que suponen la responsabilidad internacional del Estado.²¹⁸ La CIDH advierte que la pobreza y la pobreza extrema violan el principio de no discriminación, que es uno de los pilares de cualquier sistema democrático y una de las bases fundamentales del sistema de protección de derechos humanos establecido por la OEA.²¹⁹ Los Estados deben prestar especial atención a los sectores sociales e individuos que han sufrido formas de exclusión histórica o son víctimas de prejuicios persistentes, y adoptar de forma inmediata las medidas necesarias para prevenir, reducir y eliminar las condiciones y actitudes que generan o perpetúan la discriminación.²²⁰
95. Entre 2015 y 2019 la tasa de pobreza en la región aumentó de 27,8% en 2014 a 32,8% en 2020, mientras que la pobreza extrema aumentó de 7,8% a 13,1% en el mismo período, lo que representa un retroceso de 20 años en la tasa de pobreza extrema²²¹. Ello muestra cómo, antes de que la pandemia de la COVID-19 la región, la pobreza ya afectaba a 186 millones de personas, y la pobreza extrema a 70 millones²²². En 2020, 17 millones de personas más cayeron en la pobreza, elevando el total a 203 millones, un tercio (32,8%) de la población de la región. Se estima que en el año 2022 1 millón más de personas cayeron en la extrema pobreza.²²³
96. En este preocupante contexto, en relación con la mortalidad por ENT, la OPS señala que el 30% de las muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares se producen en el 20% más pobre de la población de las Américas, mientras que solo 13% de esas muertes prematuras se observan en el 20% más rico, considerando que “las personas pobres posiblemente tengan menos recursos para cambiar su modo de vida y menos acceso a servicios de salud de buena calidad que incluyan intervenciones para prevenir o eliminar la exposición a los factores de riesgo, así como servicios de diagnóstico y tratamiento y medicamentos esenciales”.²²⁴ La OMS señala que millones de personas, especialmente de bajos ingresos, no tienen acceso a aquellas intervenciones que pueden prevenir o retrasar el desarrollo de las ENT, así como las afecciones de salud mental y sus secuelas, afectando el derecho humano a la salud y

Lancet Commission. Lancet. 2020 Feb 22;395(10224):605-658. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32540-1. Epub 2020 Feb 19. Erratum in: Lancet. 2020 May 23;395(10237):1612. PMID: 32085821, p.17 Disponible en [A future for the world's children? A WHO and UNICEF Lancet Commission \(thelancet.com\)](#)

²¹⁶OMS. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. World Health Organization., 2010, p.7 disponible en [*9789241500210_eng.pdf \(who.int\)](#)

²¹⁷ OMS. *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. 53.o Consejo Directivo de la OPS 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS 3 de octubre del 2014 disponible en [Obesity-Plan-Of-Action-Child-Spa-2015.pdf \(paho.org\)](#)

²¹⁸CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, 2017.OEA/Ser.L/V/II.164 Doc. 147, párr 101

²¹⁹CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, 2017.OEA/Ser.L/V/II.164 Doc. 147, párr 147

²²⁰CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, 2017.OEA/Ser.L/V/II.164 Doc. 147 , párr 302

²²¹ FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es> pp. 58-59 disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

²²² FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es> pp. 58-59 disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

²²³ FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es> pp. 58-59 disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

²²⁴ OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.10 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](#)

acentuando la pobreza.²²⁵ Por lo tanto, los Estados deben atender las disparidades socioeconómicas al considerar intervenciones para disminuir ENT y sus factores de riesgo.”²²⁶

97. En relación con la alimentación, conforme a datos de Naciones Unidas (2022) el 22.5% de la población de América Latina y el Caribe no puede costear una alimentación saludable, número que al desagregarse por región escala al 52% en el Caribe, al 27.8 de Mesoamérica y es de 18.4% en Sudamérica. La situación más alarmante se da en Haití, Jamaica y Surinam donde el 80%, 65% y 60%, respectivamente, de las personas no puede acceder a una alimentación saludable ²²⁷. Asimismo, se ha señalado que “las causas estructurales de la inseguridad alimentaria y la malnutrición, como la pobreza y la desigualdad, junto con la inflación alimentaria, limitan la capacidad de las personas para acceder a suficientes alimentos nutritivos²²⁸”. En los últimos años, la pobreza, el hambre y la inseguridad alimentaria han aumentado en América Latina y el Caribe²²⁹ y tal como se advierte “esta combinación de falta de seguridad alimentaria o hambre con la inmediata disponibilidad de la comida basura, con gran cantidad de calorías, hace que las comunidades de bajos ingresos estén particularmente expuestas a las enfermedades no transmisibles, en comparación con los grupos de ingresos superiores²³⁰”
98. En cuanto a los riesgos ambientales, las personas en situación de pobreza, pobreza extrema, en situación de calle o viviendo en asentamientos informales son más susceptibles a los impactos inmediatos y de largo aliento del cambio climático²³¹.

D. Impacto económico de las ENT

99. Las ENT generan fuertes gastos de bolsillo en las economías familiares y personales e implican además enormes desembolsos en salud en los presupuestos nacionales²³². Las repercusiones económicas de las ENT “siguen poniendo en riesgo el crecimiento económico y el potencial de desarrollo de muchas naciones, sobre todo de aquellas de ingresos bajos y medianos,” las cuales han visto incrementarse sustancialmente la carga de ENT debido al rápido crecimiento y envejecimiento de sus poblaciones.²³³ En el periodo 2011-2030, las ENT costarán a la economía mundial más de 30 billones de dólares, lo que representa el 48% del PIB mundial en 2010 lo que empujará a millones de personas por debajo del umbral de la pobreza²³⁴. Las ENT propician la inequidad y son un desafío para el desarrollo sostenible²³⁵.
100. Se estima que en el período 2011-2030 la producción mundial tendría pérdidas acumulativas de 46 billones de dólares estadounidenses como consecuencia de enfermedades cardiovasculares,

²²⁵OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p.3.

²²⁶Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/3, 1 de abril de 2014, parr 46. disponible en [A-HRC-26-31_sp.doc \(live.com\)](#)

²²⁷*Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023, p.4. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus

²²⁸FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es> p. 56 disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

²²⁹FAO, FIDA, OPS, PMA y UNICEF. 2023. *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es> p. 56 disponible en [Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022 \(fao.org\)](#)

²³⁰Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/3, 1 de abril de 2014, parr 45, disponible en [A-HRC-26-31_sp.doc \(live.com\)](#)

²³¹CIDH. Resolución N°. 3/2021 *Emergencia climática: Alcance de las obligaciones interamericanas en materia de derechos humanos*. (Adoptada por la CIDH el 31 de diciembre de 2021)

²³²OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles* disponible en [Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe \(paho.org\)](#)

²³³OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles* disponible en [Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe \(paho.org\)](#)

²³⁴*Economía de las ENT* disponible en [Economía de las ENT - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

²³⁵OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles* disponible en [Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe \(paho.org\)](#)

enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y trastornos de salud mental.²³⁶ Por su parte, los costos asociados a la depresión y la ansiedad se calculan a nivel global en 1 billón de dólares por año²³⁷.

101. Los análisis de la OCDE estiman que el tratamiento de las enfermedades causadas por el sobrepeso costará 425.000 millones de dólares al año en 52 países analizados²³⁸. Se estima que los costos directos de tratamiento de las enfermedades atribuibles al tabaquismo representan el 5,7% del gasto sanitario mundial, y que el costo económico total asociado de los gastos sanitarios y las pérdidas de productividad representa el 1,8% del PIB mundial anual en 2012.²³⁹
102. Las ENT generan también una carga económica indirecta “a causa de las pérdidas de productividad relativas a las muertes prematuras, el abandono prematuro de la población activa, el absentismo laboral y la disminución del rendimiento en el trabajo”²⁴⁰. Además, las ENT conllevan un costo enorme que va más allá de la salud, afectando a las poblaciones, atrapándolas en la pobreza, comprometiendo su dignidad, socavando la productividad de los trabajadores y amenazando la prosperidad económica.²⁴¹ Se estima que el 30% de la población de América Latina y el Caribe no tiene acceso a la atención de salud por razones económicas y 21% no solicita atención sanitaria debido a obstáculos geográficos.²⁴² Las poblaciones que viven en condiciones vulnerables, los ancianos y los pacientes con enfermedades crónicas o debilitantes se encuentran entre los más afectados por las deficiencias existentes en los servicios de salud.²⁴³
103. Numerosos estudios han demostrado que el sector sanitario por sí solo no puede enfrentar con éxito la epidemia de la ENT y se requiere una acción multisectorial.²⁴⁴ Esto refuerza, la necesidad de intensificar los esfuerzos en materia de prevención. Los progresos en la prevención y el control de la muerte prematura por ENT han sido insuficientes al ser comparados con los avances logrados en la lucha contra las enfermedades transmisibles.²⁴⁵ Se estima que parte del problema se debe a una concepción errónea de los gobiernos que asumen las defunciones por ENT como algo inevitable, cuando no lo son.²⁴⁶ Esto resalta la necesidad de un conocimiento profundo de la situación actual y de los progresos logrados en el ámbito de país para un abordaje eficiente de las ENT y sus factores de riesgo²⁴⁷.

²³⁶ OMS/ OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, CD52/7, Rev. 1, 9 de septiembre de 2013, pág. 4. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-s.pdf>.

²³⁷ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p. 5

²³⁸ OECD. *The heavy burden of obesity. The economics of prevention*. OECDHealth Policy Studies, 2019 disponible en [The Heavy Burden of Obesity : The Economics of Prevention | OECD iLibrary \(oecd-ilibrary.org\)](https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-the-economics-of-prevention/)

²³⁹ Goodchild M, Nargis N, Tursand'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco Control* 2018;**27**:58-64; disponible en [Global economic cost of smoking-attributable diseases | Tobacco Control \(bmj.com\)](https://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/tobaccocontrol-2017-023990)

²⁴⁰ OPS. *Economía de las ENT* disponible en [Economía de las ENT - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/CD52-7-s.pdf)

²⁴¹ WHO. *Noncommunicable diseases country profiles*, 2018, disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>.

²⁴² OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. 2017, p 8 disponible en [Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/CD52-7-s.pdf)

²⁴³ OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. 2017, p 8 disponible en [Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/CD52-7-s.pdf)

²⁴⁴ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General 148° reunión EB 148/7/ 13 de enero 2021

²⁴⁵ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General 148° reunión EB 148/7/ 13 de enero 2021 [Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: informe del Director General \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/declaration-politica-de-la-tercera-reunion-de-alto-nivel-de-la-asamblea-general-sobre-la-prevencion-y-el-control-de-las-enfermedades-no-transmisibles-informe-del-director-general)

²⁴⁶ OMS. *Salvar vidas, reducir el gasto: Una respuesta estratégica a las enfermedades no transmisibles*. Ginebra (Suiza), 2018 p. 5 disponible en [WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf](https://www.who.int/publications/m/item/salvar-vidas-reducir-el-gasto-una-respuesta-estrategica-a-las-enfermedades-no-transmisibles)

²⁴⁷ OMS. *Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022* [Non communicable diseases progress monitor 2022]. Ginebra [Monitoreo de los avances en relación con las enfermedades no transmisibles 2022 \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/monitoreo-de-los-avances-en-relacion-con-las-enfermedades-no-transmisibles-2022)

E. Las ENT en el contexto de la pandemia de C-19

104. La pandemia de COVID-19 ha ocasionado el fallecimiento de más de 2,7 millones personas en la región de las Américas, tratándose “de la mayor crisis sanitaria de la historia reciente que la región ha tenido que enfrentar con sistemas sanitarios en situaciones críticas que no contaban con infraestructura sanitaria o políticas de emergencia que permitan reaccionar a la magnitud de la crisis²⁴⁸.” Tal como ha advertido esta CIDH “desde el inicio de la emergencia sanitaria global, los esfuerzos en las Américas para detener el virus y su enfermedad se han visto negativamente afectados por el contexto propio del continente, anterior a la pandemia, incluyendo la discriminación, la desigualdad, la debilidad estructural de los sistemas públicos de salud y, muchas veces, la falta de estabilidad política e institucional.²⁴⁹”
105. La pandemia ha generado impactos diferenciados e interseccionales sobre la realización de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) para ciertos colectivos y poblaciones en especial situación de vulnerabilidad.²⁵⁰
106. Según la OMS, “la lucha contra las ENT en general debe ser una parte integral de la respuesta inmediata a COVID-19 y de la recuperación a escala mundial, regional y nacional, así como una de las estrategias encaminadas a reconstruir para mejorar.²⁵¹” Para hacerlo, los Estados deben guiar las medidas que adopten bajo los principios de igualdad y no discriminación de conformidad con los estándares interamericanos e internacionales de derechos humanos, atendiendo a los principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, así como a los aspectos fundamentales de la ética de la salud pública reconocida por las instituciones especializadas nacionales e internacionales en la materia.²⁵²

a. La relación sinérgica entre las ENT y el COVID-19

107. Incluso antes de la irrupción de la pandemia, la meta de reducir la mortalidad prematura por ENT estaba, en buena parte del mundo, lejos de alcanzarse.²⁵³ Sumado a ello, la pandemia y sus consecuencias generaron una fuerte ralentización en el cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, incluyendo la baja en las tasas de mortalidad prematura por ENT en las Américas.²⁵⁴ Los avances logrados contra las ENT y el mejoramiento de la salud mental sufrieron retrocesos y se ha advertido que cabe esperar aumentos en la mortalidad prematura en un futuro cercano, por la interrupción de la prestación de servicios, la detección temprana, el control y la vigilancia de las ENT y sus factores de riesgo.²⁵⁵
108. Las ENT y COVID-19 han sido crecientemente referidas como epidemias sinérgicas, es decir, como “socialmente determinadas y enfermedades concurrentes que interactúan para producir grupos de

²⁴⁸ CIDH. *Informe Pandemia y Derechos Humanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 9 de septiembre de 2022. OEA/Ser.L/V/II. Doc396/22, párr. 2.

²⁴⁹ CIDH. *Informe Pandemia y Derechos Humanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 9 de septiembre de 2022, OEA/Ser.L/V/II. Doc396/22, párr.20.

²⁵⁰ CIDH. Resolución 1/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*: (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020)

²⁵¹ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Informe del Director General .EB148/7 148° reunión, 13 de enero 2021, p.9 [Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: informe del Director General \(who.int\)](#)

²⁵² CIDH. Resolución 4/2020 *Derechos Humanos de las personas con COVID19*, (Adoptada el 27 de julio de 2020), párr.24

²⁵³ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*.

Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p.12. disponible en [EB Document Format \(who.int\)](#)

²⁵⁴ OMS/PNUD *Hacer frente a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de ella* [Responding to non communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic]. Ginebra: 2020 (WHO/2019-nCoV/Noncommunicable_diseases/Policy_brief/2020.1

²⁵⁵ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p. 6. disponible en [EB DocumentFormat \(who.int\)](#)

enfermedades”²⁵⁶. Esta sinergia entre la COVID-19 y las ENT es de “doble cara”, pues por un lado las ENT existentes han causado “un mayor riesgo de complicaciones, una mayor probabilidad de requerir admisión en la unidad de cuidado intensivo, y una peor prognosis médica, y mayor mortalidad entre pacientes con COVID-19”²⁵⁷. Por el otro lado, los pacientes con ENT que sobreviven a COVID-19 “tienen mayores probabilidades de desarrollar o de tener a largo plazo condiciones crónicas arraigadas adicionales”²⁵⁸, o de vivir con otras consecuencias negativas en su salud, incluso después de su recuperación²⁵⁹.

109. Las personas que viven con al menos una ENT tienen más probabilidades de verse severamente afectadas por COVID-19 o de morir a causa de él²⁶⁰. En el mismo sentido se han pronunciado diversas organizaciones internacionales que destacan cómo las personas que viven con ENT se han visto más afectadas por la pandemia²⁶¹. El riesgo de contagio de COVID-19 aumenta en la medida en que prevalearan comorbilidades en las personas y ²⁶² las personas que viven con alguna ENT y se contagian de COVID-19 tienen mayor morbilidad y mortalidad²⁶³. Además de este mayor riesgo ante COVID-19a que se enfrentan las personas que viven con ENT, muchas personas han evitado acercarse a los servicios de salud por temor a ser contagiadas, con los consiguientes efectos negativos para la salud,²⁶⁴ incluyendo el impacto en el retroceso en materia de acciones de tamizaje, detección temprana y prevención de ENT. Por otra parte, la comunidad médica aun no descarta que para muchos pacientes recuperados de COVID-19, esta afección se pueda convertir en el futuro cercano en una “fuente de nuevas enfermedades crónicas,” lo cual intensificaría la carga en el manejo de las ENT.²⁶⁵
110. Agravando este cuadro, y pese a la evidencia existente entre las ENT y el consumo de productos de tabaco, organizaciones de la sociedad civil han informado que - según el Índice de Interferencia de la

²⁵⁶Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, BMJ Global Health, p. 1., citando a Singer M, Bulled N, Ostrach B, et al. *Syndemics and the biosocial conception of health*. Lancet 2017; 389: 941-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>. Véase también Horton, Richard, *Comment, Offline: COVID-19 is not a pandemic*, The Lancet, Vol. 396, 26 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>.

²⁵⁷Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, BMJ Global Health, p. 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>. Véase también Zlatko Nikoloski, et al., *COVID-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review*, BMC Public Health, 2021, p. 6. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-021-11116-w.pdf>.

²⁵⁸Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, BMJ Global Health, p. 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>.

²⁵⁹Xion-Fei Pan, et al., *Non-communicable diseases during the COVID-19 pandemic and beyond*, Elsevier, 2021, p. 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8056943/pdf/main.pdf>.

²⁶⁰ NCD, The Defeat-NCD Partnership, *Reporte Anual 2020*, p. 2. Disponible en: <https://defeat-ncd.org/wp-content/uploads/2021/04/Defeat-NCD-Partnership-2020-Annual-Report-31-March-2021.pdf>.

²⁶¹ OMS et al., *Update 2021, Responding to non-communicable diseases during and beyond the COVID-19 pandemic, Examples of actions being taken by selected members of the United Nations Inter-Agency Task Force on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, 2021, p. 3 y 6. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346611/WHO-2019-nCoV-Non-communicable-diseases-Actions-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

²⁶² Narayan Yadav, Uday, et al., *A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries*, *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, Artículo 508, septiembre de 2020, p. 2. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00508/full>.

²⁶³ Narayan Yadav, Uday, et al., *A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries*, *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, Artículo 508, septiembre de 2020, p. 3. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00508/full>. Véase también OMS/ OPS, *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas, 17 de enero al 31 de mayo de 2020*, p. 33. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-COVID-19-region-americas-17-enero-al-31-mayo>; y OMS et al., *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 3. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable-diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

²⁶⁴ OMS. *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*, 2020, p. 11. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.

²⁶⁵Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, BMJ Global Health, p. 3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>.

Industria Tabacalera en América Latina 2021- la industria tabacalera presionó a los gobiernos para que autorizaran la producción de cigarrillos durante la pandemia, defendiendo que su actividad era esencial para la economía; Perú, por ejemplo, fue uno de los países que autorizó la producción de cigarrillos bajo este argumento.²⁶⁶

b. El impacto de la COVID-19 en la prestación de servicios de salud preventivos, la detección temprana y el tratamiento de las ENT

111. La pandemia ha supuesto desafíos extraordinarios desde el punto de vista de los sistemas sanitarios, así como de la vida cotidiana y la vigencia de los derechos humanos en el marco de sistemas democráticos,²⁶⁷ afectando de manera desproporcionada a aquellos grupos particularmente vulnerables o en situación de discriminación histórica.²⁶⁸
112. Dado que las pandemias tienen el potencial de afectar gravemente el derecho a la salud directa e indirectamente, impactado en la organización social y los sistemas de salud, saturando la asistencia sanitaria general;²⁶⁹ la protección del derecho a la vida y la salud han llevado a los Estados a tomar medidas de contención del contagio tales como el aislamiento social obligatorio, las cuarentenas prolongadas, el cierre de establecimientos y actividades productivas, la prohibición de viajes nacionales e internacionales, entre otras²⁷⁰. Ello ha tenido graves efectos, en particular, en el “derecho al trabajo y la educación, exponiendo a cientos de miles de personas a la pobreza y la pobreza extrema y generando tensión entre la salvaguarda de la salud pública y el ejercicio de derechos y libertades individuales²⁷¹”. Estas medidas afectaron también el abastecimiento de provisiones médicas y servicios de diagnóstico de las ENT, como resultado de los confinamientos²⁷². Por otra parte, los sistemas de salud de los Estados de la región se vieron colapsados frente a la magnitud de la pandemia del COVID-19, particularmente respecto de las personas en situación de pobreza quienes no cuentan con cobertura de salud²⁷³.
113. La pandemia ha hecho evidente que el fortalecimiento de los sistemas de salud “a través de una reorientación radical hacia la atención primaria” resulta una tarea urgente para poder asegurar la seguridad sanitaria y proporcionar salud y bienestar a la población²⁷⁴. A nivel global, la pandemia causada por COVID-19 ha perturbado la prestación de servicios de salud, particularmente aquellos relacionados con la prevención, manejo, tratamiento y cuidado de las ENT.²⁷⁵ La pandemia ha dejado en

²⁶⁶Valdivieso, D., Salgado, L., Dorado, D., Arcila, J. II Índice Regional de Interferencia de la Industria Tabacalera: Implementación del Artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en países de América Latina, 2021. Corporate Accountability. 2021. Available at: https://globaltobaccoindex.org/upload/assets/H1mmKElt4XDIduHPOfkkF6izD24btNahQwuz4iI0bH8Kj6s_TNE.pdf. citado por Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023

²⁶⁷OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costoefectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p. 2. disponible en [EB DocumentFormat \(who.int\)](#)

²⁶⁸CIDH. Resolución 1/2020, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020)

²⁶⁹CIDH. Resolución 1/2020, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, (Adoptado por la CIDH el 10 de abril de 2020)

²⁷⁰CIDH. *Informe Pandemia y Derechos Humanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 9 de septiembre de 2022. OEA/Ser.L/V/II. Doc396/22, parr. 1

²⁷¹CIDH. *Informe Pandemia y Derechos Humanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 9 de septiembre de 2022. OEA/Ser.L/V/II. Doc396/22, parr. 136

²⁷²Narayan Yadav, Uday, et al., *A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries*, *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, Artículo 508, septiembre de 2020, p. 4. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00508/full>; y Noticias ONU, *La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas*, 1 de junio de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>.

²⁷³CIDH. *Informe Pandemia y Derechos Humanos*. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 9 de septiembre de 2022. OEA/Ser.L/V/II. Doc396/22, parr.21

²⁷⁴OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costoefectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p. 2. disponible en [EB DocumentFormat \(who.int\)](#)

²⁷⁵Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, *BMJ Global Health*, p. 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>; Narayan Yadav, Uday, et al., *A syndemic perspective on the management of*

evidencia la brecha existente en la prestación de servicios de salud entre países de altos y bajos ingresos. A nivel regional la COVID-19 ha “afectado la continuidad de los servicios esenciales del primer nivel de atención, especialmente en las zonas rurales y periurbanas y en las poblaciones indígenas, debido al déficit que ya había de equipos de salud, las medidas de distanciamiento social, el personal infectado y el cierre de diversos establecimientos de atención primaria”²⁷⁶. Asimismo, la pandemia ha expuesto la fragilidad del sistema de cuidados en materia de ENT, y las debilidades en la organización y financiamiento de los sistemas de salud²⁷⁷.

114. Han sido muchas las maneras en las que se ha visto afectada la prestación de servicios médicos. Durante la pandemia, hospitales, personal médico, incluidos doctores especialistas en ramas de la medicina no relacionadas con enfermedades infecciosas, enfermeras y otro personal, han sido reasignados para apoyar en departamentos de emergencia para cuidar a pacientes con COVID-19²⁷⁸. De acuerdo con la OMS la mayor parte de los países encuestados informaron que “alrededor del 94% [de] las autoridades sanitarias encargadas de las enfermedades no contagiosas fueron reasignadas parcial o completamente a apoyar la atención al COVID-19”²⁷⁹.
115. Se han reportado profundas afectaciones en el acceso a los servicios de salud, en el caso de Argentina, por ejemplo se ha reportado que las consultas cayeron un 74% en el mes de abril de 2020, lo que pudiese implicar un riesgo de 6-9 mil muertes extraordinarias en personas pacientes de enfermedades cardio y encéfalo vasculares.²⁸⁰ Asimismo, la REDESCA ha tenido conocimiento sobre la negativa de practicar pruebas de VIH en Antigua y Barbuda por los riesgos de contagio de COVID-19 que ello representaría.²⁸¹ En Bolivia las personas viviendo con VIH sida, enfrentaron serios obstáculos para acceder a retrovirales y luego, racionamientos de algunos fármacos;²⁸² lo mismo fue denunciado en Ecuador²⁸³ y en Cuba,

non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries, *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, Artículo 508, septiembre de 2020, p. 4. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00508/full>; Noticias ONU, *La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas*, 1 de junio de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>; y OMS et al., *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 12. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable_diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

²⁷⁶ OMS/ OPS, *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas, 17 de enero al 31 de mayo de 2020*, p. 6. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-COVID-19-region-americas-17-enero-al-31-mayo>.

²⁷⁷ Nasserredine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, *BMJ Global Health*, p. 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>.

²⁷⁸ Nasserredine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, *BMJ Global Health*, p. 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>; Narayan Yadav, Uday, et al., *A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries*, *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, Artículo 508, septiembre de 2020, p. 4. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00508/full>; OMS y OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, 4 de junio de 2020, p. 4. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

²⁷⁹ Noticias ONU, *La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas*, 1 de junio de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>; Véase también OMS, *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*, 2020, p. 2. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.

²⁸⁰ REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párr. 91

²⁸¹ REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párr. 76

²⁸² REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párr. 195

²⁸³ REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párr. 425

sumado a los obstáculos para recibir una alimentación adecuada.²⁸⁴ Por su parte, las personas con cáncer se vieron muy afectadas por la dificultad de acceder a tratamiento.²⁸⁵

116. La afectación de los servicios sanitarios ha tenido una incidencia diferenciada en cada una de las principales ENT. A nivel global, y de acuerdo con una encuesta realizada por la OMS en el 2020, se estima que el 53% de los países han interrumpido parcial o totalmente los programas de tratamiento de la hipertensión, la diabetes y las complicaciones relacionadas con esta enfermedad, el tratamiento del cáncer se ha visto afectado en 42% de los países y las emergencias cardiovasculares en el 31% de los países.²⁸⁶ El 63% de los países sufrieron interrupciones en los servicios de rehabilitación, no obstante que ésta resulta crucial para la recuperación integral de los enfermos graves de la COVID-19.²⁸⁷ En la región de las Américas, la OPS también ha mencionado que la perturbación total o parcial en los servicios asociados con la ENT afectó especialmente el tratamiento de la diabetes, la atención odontológica y la rehabilitación.²⁸⁸
117. La OMS ha recopilado datos de los que se desprenden las principales causas que han generado la disrupción de los servicios de salud relacionados con las ENT. La causa con mayor prevalencia reportada por los países es la disminución del número de pacientes hospitalizados dada la cancelación de atención optativa (65%); la segunda es el cierre de programas de detección (46%); seguida de los cierres de gobierno o de transporte público que impiden el acceso a centros de salud (43%); la cuarta es la transferencia de personal encargado de servicios relacionados con ENT para proveer servicios de atención en materia de COVID (39%); la quinta es el cierre de clínicas de consulta específica para pacientes externos o ambulatorios (34%); la sexta es el insuficiente material personal protector para prestadores de servicios de salud (33%); la séptima es el tener insuficiente personal para proveer servicios (32%), entre otras.²⁸⁹
118. Según la OPS, las razones principales en las carencias relativas los servicios para el manejo de las ENT en la región de las Américas, incluyeron la cancelación de los servicios de atención electiva (58%), la reasignación de personal clínico a la respuesta a la COVID (50%) y los casos de pacientes que no acudieron a sus citas (50%).²⁹⁰ Asimismo, la Comisión ha tomado conocimiento de la insuficiencia de los sistemas de salud frente a la demanda de suministro de insumos tales como material de protección, medicamentos, pruebas PCR, entre otros. Por ejemplo, en el caso de Brasil, se habrían reportado más de 17 mil denuncias por dicha situación.²⁹¹
119. En cuanto al impacto en los mecanismos de monitoreo y control de indicadores, la pandemia ha ocasionado la postergación o suspensión de algunas actividades planificadas como la realización de encuestas sobre ENT, las cuales fueron suspendidas en 16 países (57% de los países encuestados),

²⁸⁴REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párr. 383

²⁸⁵REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párrs. 193 y 795

²⁸⁶Noticias ONU, *La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas*, 1 de junio de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>.

²⁸⁷Noticias ONU, *La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas*, 1 de junio de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1475312>.

²⁸⁸OMS/OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, 4 de junio de 2020, p. 5. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

²⁸⁹OMS. *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*, 2020, p. 8. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>. Otras causas citadas por este reporte son: cierre de la prestación de servicios por instrucción del gobierno (26%); disminución de pacientes externos por no presentación o ausencia (25%); insuficiencia de camas en los hospitales (25%); insuficiencia de medicinas y otros instrumentos (20%); y otras (18%).

²⁹⁰OMS/OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, 4 de junio de 2020, p. 6. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Véanse también más razones usadas para interrumpir servicios médicos en: OMS et al., *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, p. 13. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335829/WHO-2019-nCoV-Non-communicable-diseases-Evidence-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

²⁹¹REDESCA. *IV Informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)*, 2020 OEA/SER.L/V/II. Doc. 28 30 de marzo 2021 párr. 216

siendo éste el método más afectado.²⁹² Conforme reporta la OPS, otras actividades sobre ENT que han sido interrumpidas o postergadas durante la pandemia han sido los programas públicos de detección de ENT (suspendidos en 43% de los países); el paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud HEARTS (29%); las campañas de comunicación masiva (25%); el paquete de la OMS para la capacitación e implementación de ENT (PEN²⁹³) esenciales en atención primaria de salud, o similar (21%); y otras actividades (18%)²⁹⁴.

120. La OMS reporta que se han visto afectados los sistemas de detección, identificación y envío de casos de cáncer, lo que ha causado una disminución sustancial de los diagnósticos de esta enfermedad; así también se han registrado menos pacientes con síndrome coronario agudo en los hospitales en pandemia, lo cual implica muchas veces un aumento de las muertes fuera del espacio sanitario y complicaciones a largo plazo del infarto de miocardio, que hubieran sido evitables²⁹⁵.
121. Sólo en el 22% de los países no se postergó ninguna actividad sobre ENT en contexto de pandemia. Algunas de las estrategias usadas por algunos de los países encuestados para continuar la prestación de servicios de salud esenciales en materia de ENT durante el COVID-19 han sido: el triaje de pacientes (con un uso porcentual de 70%); la telemedicina (61%); nuevas maneras para dispensar medicamentos (57%); derivación de pacientes a sitios alternativos (52%); cambio de tareas (35%) y otras modalidades (5%)²⁹⁶. La suspensión de los mencionados servicios no ha sido siempre abiertamente aceptada por los países. En muchos casos, a pesar de que la información oficial de diversos estados afirma que se le ha dado continuidad a la prestación de servicios relacionados con las ENT, y los mismos han sido considerados esenciales dentro de las estrategias nacionales contra el COVID-19, algunas organizaciones, incluida la OMS, consideran que dicha continuidad no ha existido.²⁹⁷
122. La OMS ha señalado con preocupación que, no obstante, el esfuerzo de los gobiernos para mantener plenamente activos los servicios relacionados con el tratamiento de las ENT, a la par que, atendiendo la emergencia sanitaria, solo 42% de los países con ingresos bajos lo han logrado, en comparación con el 72% de los países con ingresos altos²⁹⁸. En la región de las Américas se han mantenido los servicios ambulatorios para el tratamiento o emergencias derivadas de ENT, pero con acceso limitado en 18 países y completamente abierto solo en 7 países²⁹⁹.

²⁹² OMS/OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, 4 de junio de 2020, p. 6. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

²⁹³ Inglés: *Package of Essential Noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care*. En español PEN es conocido como: el conjunto de intervenciones medicas esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud. Véase OMS y OPS, *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*, 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

²⁹⁴ OMS/OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, 4 de junio de 2020, p. 7. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y;

Véase también OMS, *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*, 2020, p. 2. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.

²⁹⁵ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. Informe del Director General .EB148/7 148º reunión, 13 de enero de 2021 disponible en Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: informe del Director General (who.int)

²⁹⁶ OMS/OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, 4 de junio de 2020, p. 6. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52283/OPSNMHNVCVID-19200024_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

²⁹⁷ Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, BMJ Global Health, p. 1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>.

²⁹⁸ Narayan Yadav, Uday, et al., *A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low- and middle-income countries*, *Frontiers in Public Health*, Vol. 8, Artículo 508, septiembre de 2020, p. 4. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00508/full>.

²⁹⁹ OMS/OPS, *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas, 17 de enero al 31 de mayo de 2020*, p. 6. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-COVID-19-region-america-17-enero-al-31-mayo>.

123. La OMS ha mencionado que dos tercios (66%) de los países [encuestados] reportaron que el asegurar la continuidad de los servicios de las ENT fue incluido en la lista de servicios de salud esenciales en sus planes nacionales de respuesta al COVID-19³⁰⁰. Sin embargo, no todos los servicios relacionados con las principales ENT han sido incluidos de manera uniforme. La OMS registró que la Región de las Américas era la menos probable de incluir servicios para enfermedades respiratorias crónicas en sus planes nacionales contra el COVID-19³⁰¹. De hecho, los hallazgos de la encuesta de la OMS, publicados en marzo del 2023³⁰¹, sobre la capacidad de los países para atender ENT en la región de las Américas, sugieren interrupciones significativas y sostenidas, que afectan a todos los países, independientemente del nivel de inversión del país en atención médica o carga de ENT.³⁰²

F. Indicadores de seguimiento de los progresos a nivel país de la OMS

124. La OMS ha elaborado diez indicadores de seguimiento de los progresos de los países en la aplicación de los compromisos nacionales incluidos en la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de ENT (“los indicadores”)³⁰³; la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las ENT;³⁰⁴ y el Documento Final de las Naciones Unidas sobre ENT de 2014. Estos diez parámetros de medición han sido utilizados para evaluar a cada Estado Miembro de la OMS, y son diferentes de otros informes elaborados por la OMS en materia de ENT.³⁰⁵

125. Los indicadores giran en torno a cuatro puntos medulares: el primero se refiere a la previsión de metas nacionales en materia de ENT para 2025; el segundo considera la posibilidad de los Estados de elaborar políticas y planes nacionales multisectoriales con el fin de lograr los objetivos nacionales para el 2025. El tercer y cuarto puntos se refieren, respectivamente, a la reducción de los factores de riesgo de las ENT, y al fortalecimiento de los sistemas de salud para luchar contra las ENT mediante una atención primaria de la salud y una cobertura sanitaria universal centradas en las personas; en ambos casos, sobre la base de la orientación que figura en el Plan de acción mundial de la OMS sobre las ENT.

126. Los diez indicadores miden si: ³⁰⁶

- i. El Estado ha establecido metas nacionales en materia de ENT sujetas a plazos basadas en las orientaciones de la OMS.
- ii. El Estado ha puesto en marcha un sistema para obtener sistemáticamente datos confiables de mortalidad por causas específicas.

³⁰⁰ OMS. *The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment*, 2020, p. 4. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010291>.

³⁰¹ Luciani S, Caixeta R, Chavez C, et al. *What is the NCD service capacity and disruptions due to COVID-19? Results from the WHO noncommunicable disease country capacity survey in the Americas region*. *BMJ Open* 2023;13:e070085. doi:10.1136/bmjopen-2022-070085

302 OPS. *Una encuesta regional revela grandes interrupciones en la atención de enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19* Disponible en [Una encuesta regional revela grandes interrupciones en la atención de enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles/una-encuesta-regional-revela-grandes-interrupciones-en-la-atencion-de-enfermedades-no-transmisibles-durante-la-pandemia-de-covid-19)

³⁰³ ONU. Asamblea General. *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de Enfermedades No Transmisibles*, 16 de septiembre de 2011, A/66/L.1. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/66/L.1>.

³⁰⁴ OMS. *Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, A53/14, 53ª Asamblea Mundial de Salud, 22 de marzo de 2000. Disponible en: https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/sa14.pdf.

³⁰⁵ Véanse, por ejemplo, el Informe de los progresos realizados respecto de las nueve metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles cuyo cumplimiento está previsto para 2025; Informe sobre los progresos realizados en la aplicación del Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020; y Informe sobre los progresos realizados respecto de la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativa a las enfermedades no transmisibles. Mencionados en: OMS. *Es hora de actuar. Informe de la Comisión Independiente de alto nivel de la OMS sobre Enfermedades No Transmisibles*, 2018, pág. 37. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272712>.

³⁰⁶ OMS. *Monitoreo de Avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017*, pág. 8. Véase también el Apéndice 1. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf?sequence=1>; OMS. *Monitoreo de Avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020*, pág. 2. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/ncd-progress-monitor-2020>.

- iii. El Estado ha llevado a cabo un estudio STEPS o un examen sanitario integral, que abarque los principales factores de riesgo en el comportamiento y metabolismo de las ENT. Dicho estudio debe realizarse cada 5 años.
- iv. El Estado tiene en funcionamiento una estrategia o plan de acción nacional de carácter multisectorial que integra las principales ENT y sus factores de riesgo compartidos.
- v. El Estado ha aplicado las cinco medidas de reducción de la demanda indicadas en el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS con los mejores resultados posibles:
 - a. Reducir la asequibilidad de los productos de tabaco aumentando los impuestos especiales y los precios.
 - b. Eliminar la exposición al humo de tabaco ajeno en todos los lugares de trabajo interiores, lugares y transportes públicos.
 - c. Utilizar un empaquetado neutro/normalizado y/o advertencias sanitarias gráficas grandes en todos los paquetes de tabaco.
 - d. Promulgar y aplicar una prohibición total de publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco.
 - e. Realizar campañas eficientes a gran escala a través de los medios de comunicación para educar al público acerca de los daños causados por el hábito de fumar, el consumo de tabaco y el humo de tabaco ajeno.
- vi. El Estado ha aplicado, según proceda, de acuerdo con las circunstancias nacionales, las tres medidas siguientes, de conformidad con la Estrategia mundial de la OMS para reducir el uso nocivo de alcohol:
 - i. Promulgar y aplicar restricciones a la disponibilidad física de alcohol al por menor (reduciendo horarios de venta).
 - ii. Promulgar y aplicar prohibiciones o restricciones integrales a la exposición a la publicidad del alcohol (en diferentes tipos de medios de comunicación).
 - iii. Aumentar los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas
- vii. El Estado ha puesto en marcha las siguientes cuatro medidas para reducir los regímenes alimentarios poco saludables:
 - iv. Adoptar políticas nacionales para reducir el consumo de sal/sodio entre la población.
 - v. Adoptar políticas nacionales que limiten los ácidos grasos saturados y eliminar de la cadena alimentaria la práctica totalidad de los ácidos grasos trans producidos industrialmente.
 - vi. El conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.
 - vii. Legislación/reglamentos para la plena aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.
- viii. El Estado ha aplicado recientemente al menos un programa nacional de sensibilización y motivación pública sobre actividad física, en particular campañas en los medios de comunicación para promover un cambio de comportamiento en relación con la actividad física.
- ix. El Estado tiene directrices, protocolos o normas nacionales, reconocidos o aprobados por el gobierno o las autoridades competentes y con fundamento científico, para la atención clínica de las principales ENT mediante el enfoque a la atención primaria de salud.
- x. El Estado provee tratamientos farmacológicos (entre otros, para el control de la glucemia) y asesoramiento a las personas con alto riesgo que lo necesiten para prevenir los infartos de

miocardio y los accidentes cerebrovasculares, haciendo hincapié en la atención primaria de salud.

CAPÍTULO 3: OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS Y ESTÁNDARES RELEVANTES A LA LUZ DEL MARCO JURÍDICO INTERAMERICANO

A. Las obligaciones generales de respeto, garantía y de adopción de disposiciones de derecho interno de los Estados

127. Las obligaciones generales de respeto y garantía, previstas en el artículo 1.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), así como el deber de adoptar disposiciones de derecho interno derivado del artículo 2 de la CADH, son aplicables a todos los derechos consagrados en el tratado³⁰⁷, incluidos los económicos, sociales, culturales y ambientales, protegidos en el artículo 26 de esta Convención³⁰⁸ y a través de su conexidad con otros derechos³⁰⁹. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos considera que las obligaciones de respeto y garantía alcanzan a los Estados que no son parte de la CADH, por virtud de la aplicación e interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre³¹⁰, que es fuente de obligaciones jurídicas para todos los Estados Miembros de la Organización de los Estados Americanos (OEA)³¹¹.
128. Conforme la obligación de respetar, prevista en el artículo 1.1 de la CADH, es ilícita cualquier acción del poder público que viole los derechos protegidos por la Convención³¹². En ciertos supuestos, el Sistema Interamericano de Derechos Humanos (Sistema Interamericano) ha reconocido que el actuar de las entidades privadas puede generar responsabilidad estatal por el incumplimiento de la obligación de respeto³¹³. Como lo han dicho la Comisión y la REDESCA, la obligación de respetar implica que “los Estados deban abstenerse de desplegar conductas vinculadas a actividades empresariales que contravengan el ejercicio de los derechos humanos”³¹⁴.
129. En este sentido, un Estado incumple su deber de respetar por acciones u omisiones de entes empresariales: (i) si la empresa actúa siguiendo las instrucciones de ese Estado parte o bajo su control o dirección; (ii) cuando una entidad empresarial está facultada para ejercer atribuciones del poder público; o (iii) en el caso y en la medida en que el Estado reconoce ese comportamiento³¹⁵. Bajo estos supuestos, por ejemplo, los actos u omisiones de entidades privadas que presten servicios públicos como el de salud o los de cualquier institución en salud³¹⁶, así como las actuaciones de una empresa que actúa bajo las “instrucciones o amparo”³¹⁷ del Estado, pueden acarrear responsabilidad estatal, en específico, por el incumplimiento del deber de respeto³¹⁸. Por otro lado, el Sistema Interamericano ha reconocido que la responsabilidad estatal por el incumplimiento de la obligación de respeto también puede acontecer bajo la doctrina de la complicidad, que se actualiza cuando frente al actuar de terceros

³⁰⁷Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante Corte IDH). Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas sentencia del 23 de agosto de 2018), párr. 83.

³⁰⁸Corte IDH. Caso Lagos del Campo Vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2017); Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 3 de agosto de 2018); Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021).

³⁰⁹Corte IDH. Caso Ortiz Hernández y otros Vs. Venezuela. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 22 de agosto de 2017).

³¹⁰Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, “Hacia el cierre de Guantánamo”, 2015, párrs. 16–23; CIDH, Informe No. 80/11. Fondo. Jessica Lenahan (Gonzalez) y otros (Estados Unidos), No. Caso 12.626 (el 21 de julio de 2011); CIDH, Informe No. 121/18, Fondo. José Isabel Salas Galindo y otros (Estados Unidos), No. Caso 10.573 (el 5 de octubre de 2018).

³¹¹Corte IDH. OC 10/89. Interpretación de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en el marco del artículo 64 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos párrs. 35–45; CIDH, “Hacia el cierre de Guantánamo”, 2015, párrs. 16–23; CIDH, “Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”, el 1 de noviembre de 2019, párr. 54.

³¹²Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo (Corte IDH el 29 de julio de 1988), párr 169; REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 67.

³¹³REDESCA-CIDH, “Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”, 2019, párr. 70.

³¹⁴Ibid., párr. 69. Véase también ONU, Asamblea General, “Responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos”, Doc. de la ONU AG/56/83, 28 de enero de 2002; y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité DESC), *Observación General No 24, sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales*”, ONU E/C.12/GC/24, 10 de agosto de 2017, párr. 11.

³¹⁵REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 70.

³¹⁶Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 89.

³¹⁷REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 72.

³¹⁸Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 92.

se evidencia “alguna situación de aquiescencia, tolerancia o colaboración estatal”³¹⁹. En estas circunstancias, la CIDH ha señalado la aplicación de la atribución directa de responsabilidad estatal por complicidad con empresas³²⁰.

130. Asimismo, la REDESCA recuerda que los Estados tienen la obligación general de garantizar los derechos humanos previstos en la CADH, de conformidad con su artículo 1.1. Esta obligación acarrea el deber de organizar todo el aparato gubernamental y todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta al ejercicio del poder público, de manera que se asegure el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos³²¹. La CIDH ha considerado que el “incumplimiento de las obligaciones de garantía a los derechos humanos en relación con actos de particulares puede tener implicaciones respecto de la obligación de respeto”³²². Al respecto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) ha señalado que el incumplimiento sostenido de los deberes de prevención e investigación se configura como una forma de tolerancia³²³ que implica la violación de la obligación de respeto³²⁴.
131. La Corte IDH ha desarrollado el deber de debida diligencia en relación con la obligación de garantía, mismo que acarrea el deber de tomar todas las medidas necesarias para prevenir, investigar y sancionar las violaciones a los derechos humanos. En este sentido, un hecho ilícito violatorio de los derechos humanos que inicialmente no resulte imputable directamente a un Estado puede acarrear su responsabilidad internacional, no por ese hecho en sí mismo, sino por falta de la debida diligencia para prevenir la violación o para tratarla en los términos requeridos por la Convención³²⁵. De esta manera, y reiterando lo dicho en el informe *Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, la CIDH y la REDESCA consideran que si el Estado conoce de hechos o actividades concretas atribuibles a una empresa, con efectos o repercusiones en su jurisdicción que atentan contra los derechos humanos, y en caso de que el Estado también incumpla con sus deberes de garantía, la omisión constitutiva de responsabilidad indirecta puede adquirir forma de tolerancia y aquiescencia, y por tanto podría ser materia de análisis bajo el deber de respeto”³²⁶.
132. De conformidad con el artículo 1.1 de la CADH, las obligaciones de respetar y garantizar deben ser cumplidas de acuerdo con el principio de igualdad y no discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, edad o cualquier otra condición social. Adicionalmente, la CIDH recuerda que la Corte IDH ha aplicado el principio de igualdad y no discriminación frente a la discapacidad³²⁷; la orientación sexual, la identidad de género³²⁸ y la expresión de género³²⁹; el origen étnico³³⁰; y la condición de salud³³¹.

³¹⁹REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 74; CIDH, Informe No. 170/17, Fondo. Integrantes y militantes de la Unión Patriótica (Colombia), No. Caso 11.227 (CIDH el 6 de diciembre de 2017).

³²⁰REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos* 2019 párr. 74.

³²¹Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo (Corte IDH el 29 de julio de 1988) párr. 166; CIDH, “Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”, 2019, párr. 81.

³²²REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 78.

³²³Corte IDH. Caso Integrantes y Militantes de la Unión Patriótica vs. Colombia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 27 de julio de 2022), párr. 288.

³²⁴ REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párrs. 88 y 90. párr. 260.

³²⁵Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo (Corte IDH sentencia del 29 de julio de 1988), párr.172.

³²⁶REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 79.

³²⁷Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 101.

³²⁸Corte IDH. Caso Yatama Vs. Nicaragua, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de junio de 2005), párr. 91.

³²⁹Corte IDH. Opinión Consultiva OC-24. *Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos)*, Serie A No. 24 (Corte IDH el 24 de noviembre de 2017), párr. 78.

³³⁰Corte IDH. Caso Norín Catrimán y otros (Dirigentes, Miembros y Activista del Pueblo Indígena Mapuche) Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 29 de mayo de 2014), párr. 206.

³³¹Corte IDH. Caso Gonzales Lluy et al V. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 9 de enero de 2015), párr. 258.

133. La obligación de garantía exige una conducta aún más activa en caso de que la víctima pertenezca a un grupo en situación de especial vulnerabilidad³³². En estos casos, se deben tener en cuenta las particulares necesidades de protección del sujeto de derecho dentro de las cuales se encuentran su condición personal y su situación específica³³³. En el mismo sentido, la Corte IDH ha considerado que la obligación de garantía, al igual que la obligación de respeto, tratándose, por ejemplo, del derecho a la salud, requiere prestar especial atención a los grupos vulnerables y marginados³³⁴.
134. Por otra parte, el deber de adoptar disposiciones de carácter interno, establecido en el artículo 2 de la CADH, exige que los Estados modifiquen y adecuen su legislación interna para garantizar los derechos reconocidos en la CADH y guarda relación con la exigencia de ejercer el control de convencionalidad³³⁵. Esta obligación acarrea el deber de eliminar las normas y prácticas que contravengan las garantías previstas en la CADH, así como la de expedir normas y desarrollar prácticas dirigidas a la efectiva observancia de tales garantías³³⁶. De igual modo, esta CIDH ha señalado que el deber de adoptar medidas de adecuación normativa también es aplicable respecto de los derechos consagrados en la Declaración Americana³³⁷.
135. Igualmente, la Corte IDH ha considerado que la obligación derivada del artículo 2 de la Convención “no se limita al texto constitucional o legislativo, sino que debe irradiar a todas las disposiciones jurídicas de carácter reglamentario y traducirse en la efectiva aplicación práctica de los estándares de protección de los derechos humanos”³³⁸. En este sentido, la REDESCA recuerda que en el marco de la audiencia pública temática “Control del gasto público, políticas fiscales y garantía de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina”, realizada en el 168 periodo de sesiones de la CIDH, las asociaciones participantes hicieron hincapié en la importancia de alinear las decisiones de tributación, presupuesto y gasto público con los principios de derechos humanos, con el objetivo de garantizar los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales³³⁹. Dado que una adecuada política fiscal puede contribuir “a la inversión necesaria para el cumplimiento de los derechos humanos, en particular los derechos económicos y sociales, y a la rendición de cuentas entre el Estado y la ciudadanía”³⁴⁰, esta Relatoría Especial considera que la adecuación del marco fiscal dirigida al goce efectivo de los derechos humanos, es una de las medidas que los Estados deberían adoptar e implementar en cumplimiento de la obligación de garantía, en concordancia con el deber de adoptar disposiciones de derecho interno.

B. Contenido específico de la obligación de garantizar los derechos humanos en relación con actividades empresariales o económicas relacionadas con las enfermedades no transmisibles

136. La CIDH y la REDESCA han recalcado que la obligación de garantizar no se agota con la existencia de un marco jurídico, sino que requiere una conducta estatal positiva que “asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos”³⁴¹. La obligación de garantía reconocida en el Sistema Interamericano es concordante con la obligación de proteger los derechos

³³²REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. 2019, párr. 84.

³³³ REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. 2019, párr. 84..

³³⁴Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de agosto de 2018), párr. 107.

³³⁵ Corte IDH. Caso Gelman Vs. Uruguay. Supervisión de Cumplimiento de Sentencia (Corte IDH sentencia del 20 de marzo de 2013), párr. 66.

³³⁶Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones, No. Serie C No. 260 (Corte IDH sentencia del 14 de mayo de 2013), párr. 323.

³³⁷REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 104.

³³⁸Corte IDH. Opinión Consultiva OC-21/14. *Derechos y garantías de niñas y niños en el contexto de la migración y/o en necesidad de protección internacional*, No. Serie A No. 21 (Corte IDH el 19 de agosto de 2014), párr. 65.

³³⁹CIDH. *Control del gasto público, políticas fiscales y garantía de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina*, vol. 168º periodo de sesiones, 2018.

³⁴⁰CIDH. *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos*, aprobado el 15 de septiembre de 2018, OEA/Ser.L, párr. 118 disponible en [PoliticaspubblicasDDHH.pdf \(oas.org\)](https://www.oas.org/politicaspubblicasDDHH.pdf)

³⁴¹REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019 párr. 83.

humanos prevista en el Sistema Universal³⁴², e incluye el que los Estados deban “prevenir de manera eficaz toda conculcación de los derechos económicos, sociales y culturales en el contexto de las actividades empresariales”³⁴³. Adicionalmente, la Comisión y la Relatoría Especial han destacado que la obligación de garantizar tiene correspondencia con el pilar I de los Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos: puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para “proteger, respetar y remediar” (Principios Rectores)³⁴⁴. La Corte IDH ha considerado que los tres pilares de los Principios Rectores, “proteger, respetar y remediar”, así como sus principios fundacionales, resultan relevantes para la determinación del alcance de las obligaciones en materia de derechos humanos de los Estados y de las responsabilidades de las empresas en el marco del Sistema Interamericano³⁴⁵. Por ejemplo, partiendo del contenido de los Principios Rectores, la Corte IDH ha reiterado que la responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos se aplica a todas las empresas independientemente de su tamaño, sector, contexto operacional, propietario y estructura³⁴⁶.

137. Ahora bien, la CIDH y la REDESCA han identificado cuatro deberes de los Estados comprendidos dentro de la obligación de garantía, tratándose de actividades empresariales: (i) prevenir violaciones a los derechos humanos; (ii) regular y adoptar disposiciones de derecho interno; (iii) fiscalizar; e (iv) investigar, sancionar y asegurar el acceso a reparaciones integrales para las víctimas³⁴⁷. El contenido de cada uno de estos deberes tiene características propias que, como fue dicho, deben ser analizadas en cada caso y “poseen una relación recíproca e interconectada que contribuye al cumplimiento de la obligación general de garantía y puede tener consecuencias respecto de la obligación estatal de respetar los derechos humanos según el caso particular”³⁴⁸. A continuación, se aborda el contenido de estos cuatro deberes,³⁴⁹ aclarando que se analizarán los de regular y adoptar disposiciones de carácter interno, en conjunto con los deberes de fiscalizar y supervisar actividades empresariales³⁵⁰.

a. Deber de prevenir violaciones a los derechos humanos

138. En atención al contenido de la obligación de garantizar los derechos humanos, de conformidad con el artículo 1.1 de la CADH, los Estados tienen el deber de prevenir violaciones a los derechos humanos por medio de la adopción de “todas aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos”³⁵¹. La estrategia de prevención de violaciones de derechos humanos “debe ser integral, es decir, debe buscar prevenir los factores de riesgo”³⁵², e

³⁴²Véase, por ejemplo, Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021) párr. 46; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021) párrs.91 y 92.

³⁴³Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “Comité DESC), *Observación General No 24, sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales*, la ONU E/C.12/GC/24 (10 de agosto de 2017), párr. 14.

³⁴⁴REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 80. Es de recordar que la CIDH y su REDESCA previamente han entendido a los Principios Rectores como “una base conceptual dinámica y evolutiva, que impregna los aspectos del discurso y acción en el ámbito de las empresas y los derechos humanos en coexistencia con otros estándares jurídicos de carácter vinculante” véase *Ibid.*, párr. 11.

³⁴⁵Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 47; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021) párr. 84.

³⁴⁶Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021) párrs. 84 y 85; Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 47.

³⁴⁷REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 86.

³⁴⁸ REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 86.

³⁴⁹ REDESCA-CIDH, *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 86.

³⁵⁰Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 46; Caso de los Empleados de la Fábrica de Fuegos de Santo Antônio de Jesus y sus familiares Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 15 de julio de 2020), párr. 46; Caso Gonzales Lluy et al V. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 9 de enero de 2015), párr. 178.

³⁵¹REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 87 y 89; Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 22 de agosto de 2017), párr. 324.

³⁵²REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos* 2019, párr. 94.

implica el fortalecimiento de las instituciones para que puedan actuar efectivamente frente a las situaciones que entrañan un riesgo para los derechos humanos³⁵³.

139. El deber de prevención estatal en el marco de las relaciones entre particulares está condicionado a i) que el Estado tenga o haya debido tener conocimiento de una situación de riesgo real e inmediato³⁵⁴, ii) la situación particular de las personas afectadas³⁵⁵ y iii) determinar si el Estado adoptó las medidas razonables para evitar que el riesgo se materializara³⁵⁶. Las medidas de prevención deben ser determinadas a la luz del contexto, el derecho o derechos afectados, y tomando en cuenta el deber reforzado de garantía frente a personas que requieren una protección especial del Estado³⁵⁷. De igual modo, la previsibilidad de un riesgo específico en contextos que implican un deber reforzado de prevención obliga a los Estados a que produzcan o tomen en cuenta información estadística que permita el diseño y la evaluación de políticas públicas³⁵⁸. Asimismo, la CIDH ha reconocido que la obligación de garantía y el deber específico de prevención pueden ser incumplidos cuando el Estado “genere o consolide una situación de riesgo para el disfrute de los derechos humanos”³⁵⁹.
140. Entre las medidas que materializan el deber de prevención de los Estados, la Comisión ha identificado, entre otras, la adecuación del marco jurídico interno para regular la actuación de las empresas en relación con los derechos humanos, la adopción de políticas para proteger los derechos humanos frente a actividades empresariales riesgosas, y establecer o fortalecer los mecanismos judiciales para abordar casos de violaciones de derechos humanos en que estén involucradas empresas³⁶⁰.
141. Ante la prevalencia de ENT y de los factores de riesgo asociadas a ellas en la región de las Américas, tal y como se evidenció en el capítulo anterior de este informe, y teniendo en cuenta el conocimiento que tienen los Estados sobre los riesgos y el impacto adverso en los derechos humanos de estas enfermedades, la REDESCA considera que los Estados tienen el deber de adoptar las medidas necesarias para prevenir su desarrollo a nivel poblacional, entre ellas a través de la adopción de normas. En este sentido, es relevante mencionar que la CIDH ha identificado la estrecha relación existente entre los deberes de regular y de prevenir, pues la “adecuación de marcos normativos para regular la actuación de las empresas en el campo de los derechos humanos es un presupuesto que facilita y refuerza el deber de prevención del Estado”³⁶¹.

b. Deberes de regular, supervisar y fiscalizar actividades empresariales

142. Los deberes de regular, supervisar y fiscalizar se derivan de los artículos 1.1 y 2 de la CADH que exigen a los Estados adoptar todas las medidas, incluyendo las disposiciones de derecho interno necesarias para asegurar el goce de los derechos reconocidos en la CADH y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador)³⁶². Los Estados se encuentran obligados a adoptar regulaciones para que las empresas tomen acciones dirigidas a respetar los derechos humanos, evitar que sus operaciones violen o contribuyan a violar derechos humanos, así como a subsanar las vulneraciones de tales

³⁵³Corte IDH. Caso González y otras (“Campo Algodonero”) Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 16 de noviembre de 2009), párr. 497.

³⁵⁴Corte IDH. Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 20 de octubre de 2016), párr. 323 y 324.

³⁵⁵REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 88.

³⁵⁶Corte IDH. Caso Trabajadores de la Hacienda Brasil Verde Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 20 de octubre de 2016), párr. 323.

³⁵⁷REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párrs. 88 y 90.

³⁵⁸REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párrs. 88 y 90, párr. 95.

³⁵⁹REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párrs. 88 y 90, párr. 96.

³⁶⁰REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párrs. 88 y 90, párr. 90.

³⁶¹REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párrs. 88 y 90, párr. 90.

³⁶²Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 85; Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021).

derechos cuando ocurran³⁶³. La REDESCA recuerda que, junto con la existencia de un marco jurídico, los Estados deben tener un aparato institucional que vele por el cumplimiento de este³⁶⁴.

143. El deber de regular debe dirigirse también a que las empresas realicen procesos internos de debida diligencia para identificar, prevenir y corregir violaciones de derechos humanos³⁶⁵, procesos que son independientes del cumplimiento del deber de debida diligencia por parte de actores estatales, que se abordó previamente. Si bien la obligación de realizar evaluaciones continuas de los riesgos para los derechos humanos debe ser cumplida por las empresas, la misma debe estar regulada por el Estado³⁶⁶. Al igual que la Corte IDH³⁶⁷, la Comisión considera que el deber de regulación es aplicable a todas las empresas, con independencia de su tamaño y sector, de manera que sus responsabilidades deben identificarse en virtud de su actividad y del riesgo que conllevan para los derechos humanos³⁶⁸.
144. La Corte IDH ha estimado que el deber estatal de supervisar y fiscalizar la conducta de terceros privados es especialmente relevante cuando su conducta “interfiere indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal”³⁶⁹, así como cuando el derecho a la salud, como bien público, esté en juego³⁷⁰ o se trate de la prestación de un servicio de interés público, como el de salud³⁷¹. En ese sentido, la Corte IDH ha reconocido que las actividades de algunas industrias pueden generar un mayor riesgo para la vida de las personas, como aconteció en un caso relativo de entidades a cargo del manejo de bancos de sangre³⁷². El deber de supervisar y fiscalizar en contextos de prestación de servicios de salud, debe “orientarse a la finalidad de asegurar los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”³⁷³, e incluye la obligación de crear mecanismos adecuados para “inspeccionar instituciones, sean éstas públicas o privadas, presentar, investigar y resolver quejas y establecer procedimientos disciplinarios o profesionales”³⁷⁴.
145. En el Sistema Interamericano se ha considerado que distintas industrias con impacto en los derechos humanos deben ser supervisadas y fiscalizadas, como sucede en los casos de las maquilas, la industria agrícola y las empresas que se dedican a la pesca submarina para asegurar que respeten los derechos laborales³⁷⁵; de las empresas de seguridad privada por ser una fuente frecuente de violencia³⁷⁶; y de las empresas extractivas, de explotación o desarrollo pues “por su naturaleza, suelen representar serios riesgos a los derechos humanos”³⁷⁷. En relación con estas últimas, la Comisión ha considerado que el nivel de intensidad en la supervisión y fiscalización depende del “nivel de riesgo que entraña su actividad o conducta”³⁷⁸. Así, en un caso relativo a la explosión de una fábrica, la Corte IDH resaltó que

³⁶³ Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 85; Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021), párr. 48; CIDH, *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 104 y 105.

³⁶⁴Ibid., párr. 105.

³⁶⁵ Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 49; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH setncia del 1 de octubre de 2021) párr. 88.

³⁶⁶ Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 49; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH setncia del 1 de octubre de 2021) párr. 88.

³⁶⁷ Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 49; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH setncia del 1 de octubre de 2021) párr. 88..

³⁶⁸REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 120.

³⁶⁹Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 89.

³⁷⁰Corte IDH. Caso XimenesLopes Vs. Brasil, Sentencia (Corte IDH sentencia del 4 de julio de 2006), párrs. 99 y 125.

³⁷¹Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 3 de agosto de 2018).

³⁷²Corte IDH. Caso Gonzales Lluy et al Vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 9 de enero de 2015).

³⁷³Corte IDH. Caso Suárez Peralta Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 21 de mayo de 2013) párr.152; CIDH, *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 98.

³⁷⁴Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr.90.

³⁷⁵REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 99

³⁷⁶Ibidem.

³⁷⁷IREDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 100.

³⁷⁸Ibidem.

los Estados tienen el deber de regular, supervisar y fiscalizar la práctica de actividades de empresas que acarrearán “riesgos significativos” para la vida e integridad de las personas sometidas a su jurisdicción³⁷⁹.

146. En sentido similar, la Corte IDH ha considerado que los Estados deben supervisar y fiscalizar las actividades que tienen el potencial de causar un “daño significativo” al medio ambiente, a efecto de que “disminuya cualquier amenaza a los derechos a la vida y a la integridad personal”³⁸⁰. Algunos ejemplos de actividades que han sido consideradas como generadoras de daños significativos al medio ambiente son las empresas madereras³⁸¹, constructoras³⁸², las que realizan actividades extractivas u otros proyectos de desarrollo³⁸³, y las que llevan a cabo actividades de explotación económica (agrícolas, ganaderas, madereras y otras)³⁸⁴. La Relatoría Especial resalta que los deberes de supervisión y fiscalización también resultan aplicables a otros ámbitos, dado que la obligación de garantía atañe a todos los derechos protegidos por los instrumentos interamericanos. Así, la Corte IDH ha señalado que el deber de prevención abarca todos los derechos reconocidos en la CADH, incluyendo la alimentación adecuada y el agua³⁸⁵. Por lo tanto, dado que el objetivo de los deberes de supervisión y fiscalización es que agentes y entidades públicas, y entidades y personas privadas cumplan con respetar los derechos humanos, también resultarían aplicables frente a actividades empresariales que afectan o ponen en riesgo otros derechos, como el derecho a la alimentación adecuada.
147. La CIDH ha considerado que el deber de supervisar y fiscalizar es más estricto en función de la actividad y la naturaleza de la empresa³⁸⁶. Así, por ejemplo, si las empresas involucradas “tienen vínculos estrechos con el Estado, por ser de su propiedad o respecto de las que pueden ejercer control o influencia”³⁸⁷, le es exigible al Estado un deber de supervisión más estricto respecto de sus actividades. Asimismo, la CIDH considera que todas las empresas cuyas actividades generan o incrementan el nivel de riesgo³⁸⁸ para los derechos humanos deben ser supervisadas y fiscalizadas, con independencia de su tamaño o sector, y que este deber es más estricto si se trata de actividades empresariales que inciden en bienes públicos³⁸⁹.
148. Ante la grave situación de las ENT, la REDESCA considera que los Estados tienen el deber de regular las actividades de las empresas cuyo actuar está ligado a los factores de riesgo de estas enfermedades, así como las de aquellas involucradas en la prestación de servicios de salud relacionados con la detección y tratamiento de las mismas. Igualmente, las empresas cuyas actividades están relacionadas con los factores de riesgo modificables de las ENT, y que por lo tanto tienen implicaciones para la vida, integridad personal y salud de las personas, deben ser sujetas a fiscalización y supervisión. Adicionalmente, las empresas que proveen servicios de salud en el contexto de ENT, deben ser supervisadas por la relación de su labor con el derecho a la vida, la integridad personal y la salud, además de por prestar un servicio de interés público.

³⁷⁹Corte IDH. Caso de los Empleados de la Fábrica de Fuegos de Santo Antônio de Jesus y sus familiares Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 15 de julio de 2020), párr. 118. Véase en sentido similar Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021).

³⁸⁰Corte IDH. Opinión Consultiva OC-23/17. Medio ambiente y derechos humanos (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal – interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), (Corte IDH el 15 de noviembre de 2017) párr 149.

³⁸¹CIDH. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*, el 30 de diciembre de 2009, OEA/Ser.L/V/II párr. 206, disponible en [Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales sobre sus Tierras Ancestrales \(cidh.org\)](https://www.cidh.org/Derechos%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas%20y%20Tribales%20sobre%20sus%20Tierras%20Ancestrales%20(cidh.org))

³⁸² CIDH. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*, el 30 de diciembre de 2009, OEA/Ser.L/V/II párr. 206, disponible en [Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales sobre sus Tierras Ancestrales \(cidh.org\)](https://www.cidh.org/Derechos%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas%20y%20Tribales%20sobre%20sus%20Tierras%20Ancestrales%20(cidh.org)), párr. 205.

³⁸³ CIDH. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*, el 30 de diciembre de 2009, OEA/Ser.L/V/II párr. 206, disponible en [Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales sobre sus Tierras Ancestrales \(cidh.org\)](https://www.cidh.org/Derechos%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas%20y%20Tribales%20sobre%20sus%20Tierras%20Ancestrales%20(cidh.org)) párr. 207.

³⁸⁴CIDH. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*, el 30 de diciembre de 2009, OEA/Ser.L/V/II párr. 206, disponible en [Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales sobre sus Tierras Ancestrales \(cidh.org\)](https://www.cidh.org/Derechos%20de%20los%20Pueblos%20Indigenas%20y%20Tribales%20sobre%20sus%20Tierras%20Ancestrales%20(cidh.org)) párrs. 206 y 208.

³⁸⁵Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación LhakaHonhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH el 6 de febrero de 2020).

³⁸⁶REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 103.

³⁸⁷ REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019.

³⁸⁸. REDESCA-CIDH, *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 100.

³⁸⁹Véase, por ejemplo, Caso Vera Rojas et al V. Chile, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021). En éste se considera a la salud como bien público.

c. Deber de investigar, sancionar y asegurar el acceso a reparaciones integrales para las víctimas

149. Toda persona cuyos derechos han sido vulnerados tiene derecho a obtener “de los órganos competentes del Estado el esclarecimiento de los hechos violatorios y las responsabilidades correspondientes, a través de la investigación y el juzgamiento que previenen los artículos 8 y 25 de la Convención”³⁹⁰. La CIDH ha insistido que “la ausencia de investigación, sanción y acceso a reparación efectiva ante violaciones de derechos humanos atribuibles a terceros, como pueden ser las empresas, puede comprometer la responsabilidad del Estado ya que tales actos resultarían, en cierto modo, auxiliados por el poder público al dejarlos impunes”³⁹¹. En relación con el deber de investigar, la Corte IDH requiere que se realicen “todas aquellas actuaciones y averiguaciones necesarias”³⁹², “por medio de todos los medios legales disponibles y estar orientada a la determinación de la verdad”³⁹³.
150. En los casos en que las empresas están involucradas en violaciones de derechos humanos, la CIDH considera que es necesario que los Estados aseguren el reconocimiento de garantías específicas del debido proceso para las partes, como la debida motivación, la igualdad de armas, la imparcialidad y el plazo razonable³⁹⁴. Asimismo, la CIDH ha considerado que la presencia de condiciones de desigualdad real “obliga a los Estados a adoptar medidas de compensación que contribuyan a reducir o eliminar los obstáculos y deficiencias que impidan o reduzcan la defensa eficaz de los propios intereses”³⁹⁵. Lo anterior con el objeto de evitar que la situación social o económica disímil de las partes litigantes acarree una desigual posibilidad de defensa³⁹⁶, ya que en muchas ocasiones las empresas tienen la posibilidad de contratar servicios de representación legal altamente calificado y pagar los gastos que demandan los procesos judiciales, mientras que los denunciantes pueden no estar en condiciones de pagar los gastos que los procesos implican³⁹⁷.
151. En el informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos, la CIDH y la REDESCA notaron que en muchos casos en los que empresas están vinculadas en la violación de derechos humanos, el acceso a la justicia no está garantizado, de manera que las personas y comunidades tienen poca probabilidad de obtener una reparación efectiva³⁹⁸. Algunos de los factores que impactan en la investigación, sanción efectiva y adecuada reparación son la falta de voluntad política para enfrentar el problema, legislaciones inadecuadas, la influencia de las empresas o captura corporativa sobre entidades públicas, la corrupción, la falta de asistencia legal a las víctimas, la estructura y funcionamiento de carácter transnacional de las empresas, entre otros³⁹⁹.
152. Recordando que para la CIDH el reconocimiento de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales impone el deber de “contar con mecanismos adecuados y efectivos de reclamo de estos derechos de índole individual y colectiva”⁴⁰⁰, la REDESCA insiste que, dada la dimensión colectiva de los DESCAs⁴⁰¹ y que su vulneración “suele presentarse como afectación de grupos o colectivos más o menos determinados”⁴⁰², es importante que existan mecanismos de acceso a la justicia de naturaleza colectiva que permitan la participación adecuada de los sujetos activos o de los grupos de víctimas a lo largo de

³⁹⁰Corte IDH. Caso Barrios Altos Vs. Perú. Fondo (Corte IDH el 14 de marzo de 2001); CIDH, “Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”, 2019, párr. 122.

³⁹¹REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 130.

³⁹²Corte IDH. Caso Acosta y otros Vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 25 de marzo de 2017), párr. 136.

³⁹³Corte IDH. Caso Acosta y otros Vs. Nicaragua. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 25 de marzo de 2017), párr. 136.

³⁹⁴ REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 137.

³⁹⁵ REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 138.

³⁹⁶ REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019,

³⁹⁷REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019,, párr. 139.

³⁹⁸REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019,párr. 131.

³⁹⁹ REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019,

⁴⁰⁰CIDH, *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales: estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*, el 7 de septiembre de 2007, OEA/Ser.L/V/II.129, párr. 236

⁴⁰¹CIDH. *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales: estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*, 2007 OEA/Ser.L/V/II.129 párr. 31.

⁴⁰² CIDH. *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales: estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*, 2007 OEA/Ser.L/V/II.129 párr. 237.

las diferentes diligencias y etapas procesales⁴⁰³. Asimismo, estos mecanismos permiten que los actores sociales fiscalicen políticas públicas⁴⁰⁴ y supervisen a empresas cuyas actividades tienen una incidencia perjudicial en el goce de los DESCAs⁴⁰⁵. Algunos ejemplos que la CIDH ha reconocido como mecanismos de acceso a la justicia de naturaleza colectiva son las acciones amparo colectivo, las acciones de tutela, las acciones de inconstitucionalidad, entre otros⁴⁰⁶.

C. Contenidos relevantes del derecho a la salud en el contexto de las enfermedades no transmisibles

a. Contenido normativo del derecho a la salud y obligaciones relacionadas

153. El derecho a la salud goza de protección por diversos instrumentos en el Sistema Interamericano. La Carta de la OEA prevé como objetivos básicos del desarrollo integral la “[d]efensa del potencial humano mediante la extensión y aplicación de los modernos conocimientos de la ciencia médica”⁴⁰⁷, así como de las “[c]ondiciones urbanas que hagan posible una vida sana, productiva y digna”⁴⁰⁸. Por su parte, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en su artículo XI establece el derecho de toda persona a que su salud sea preservada mediante diversas medidas sanitarias y sociales.
154. Además, la CADH establece el derecho a la vida en su artículo 4, el derecho a la integridad personal en su artículo 5, y en su artículo 26 prevé la obligación de los Estados de adoptar providencias “para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos”⁴⁰⁹. Al respecto, la Corte IDH ha sostenido que, como se desprende de una interpretación literal, sistemática y teleológica del corpus iuris interamericano, principalmente la Carta de la OEA y la propia CADH, el derecho a la salud es un derecho autónomo y justiciable⁴¹⁰ que se encuentra protegido por el artículo 26 de la Convención⁴¹¹. Así, las obligaciones prescritas en los artículos 1.1 y 2 de la CADH también son aplicables a este derecho⁴¹². La REDESCA recuerda que previamente a su reconocimiento como derecho autónomo y justiciable, el derecho a la salud ha sido también protegido por la CIDH y la Corte IDH por conexidad con los derechos a la vida y a la integridad personal⁴¹³, entre otros, y que tal relación estrecha entre los derechos mencionados sigue siendo reconocida en casos recientes en los que el derecho a la salud ha sido justiciable por vía del artículo 26 de la CADH⁴¹⁴.
155. Por su parte, el Protocolo de San Salvador proclama que “toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” y que la salud es un “bien público”⁴¹⁵. En ese sentido, los Estados Parte se comprometen a adoptar medidas para garantizar ese derecho, tales como la atención primaria de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de cualquier índole, la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que

⁴⁰³ CIDH. *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales: estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*, 2007 OEA/Ser.L/V/II.129

⁴⁰⁴ CIDH. *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales: estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*, 2007 OEA/Ser.L/V/II.129 párr. 238.

⁴⁰⁵ *Ibidem*.

⁴⁰⁶ *Ibidem*.

⁴⁰⁷ OEA. Carta de la Organización de los Estados Americanos, 1951, art. 34.i,

⁴⁰⁸ OEA. Carta de la Organización de los Estados Americanos, 1951, art. 34.l.

⁴⁰⁹ Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), Nov. 1969.

⁴¹⁰ Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de agosto de 2018).

⁴¹¹ Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021); Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 3 de agosto de 2018) párrs. 106 y 110.

⁴¹² Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación LhakaHonhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020).

⁴¹³ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 22 de noviembre de 2007).

⁴¹⁴ Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021) párr. 124.

⁴¹⁵ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales: ‘Protocolo de San Salvador’ art. 10, Nov. 16, 1999, O.A.S.T.S. No. 69.

por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables⁴¹⁶. Igualmente, la Corte IDH ha reconocido que el derecho a la salud está también previsto en el artículo 17 de la Carta Social de las Américas⁴¹⁷. Este artículo expresamente consagra el compromiso de los Estados Miembros de la OEA de “promover formas de vida sana y de fortalecer su capacidad para prevenir, detectar y responder a enfermedades crónicas no contagiosas”⁴¹⁸. Otros instrumentos regionales abordan el derecho a la salud, como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém Do Pará) en su artículo 5⁴¹⁹, y la Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia, que recoge el compromiso de los Estados Parte de adoptar legislación que defina y prohíba la discriminación en diversos ámbitos, incluido el sanitario⁴²⁰.

156. Concomitantemente, otros instrumentos internacionales consagran también el derecho a la salud, tal es el caso del artículo 25.1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁴²¹, el artículo 12 del PIDESC⁴²², el artículo 5 apartado e) de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial⁴²³, el artículo 12.1 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁴²⁴, el artículo 24.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño⁴²⁵, y el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁴²⁶, entre otros.
157. Concretamente, en el Sistema Interamericano, el derecho a la salud es concebido “no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también como un estado completo de bienestar físico, mental y social, derivado de un estilo de vida que permit[e] alcanzar a las personas un balance integral”⁴²⁷. La Corte IDH ha reiterado que la salud es un bien público⁴²⁸, cuya protección está a cargo del

⁴¹⁶Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales: ‘Protocolo de San Salvador’ art. 10, Nov. 16, 1999, O.A.S.T.S. No. 69.

⁴¹⁷Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 3 de agosto de 2018), párr. 114; Asamblea General de la OEA, “Carta Social de las Américas”, Pub. L. No. Aprobada en la Segunda Sesión Plenaria, celebrada el 4 de junio de 2012, OEA/Ser.P, AG/doc.5242/12 rev. 2 (s/f). Artículo 17: Los Estados Miembros reafirman que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin discriminación y reconocen que la salud es una condición fundamental para la inclusión y cohesión social, el desarrollo integral y el crecimiento económico con equidad. En este contexto, los Estados Miembros reafirman su responsabilidad y compromiso de mejorar la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios de atención de la salud. Los Estados Miembros están comprometidos con estos esfuerzos nacionales en materia de salud de acuerdo con los principios promovidos por la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017: los derechos humanos, la universalidad, la integralidad, la accesibilidad e inclusión, la solidaridad panamericana, la equidad en salud y la participación social.

Los Estados Miembros afirman su compromiso de promover formas de vida sana y de fortalecer su capacidad para prevenir, detectar y responder a enfermedades crónicas no contagiosas, enfermedades infecciosas actuales y emergentes y a los problemas de salud relacionados con el medio ambiente. Los Estados Miembros también se comprometen a promover el bienestar de sus pueblos mediante estrategias de prevención y atención y, en asociación con organizaciones públicas o privadas, a mejorar el acceso a la atención de la salud.

⁴¹⁸ *Ibid.*, art. 17.

⁴¹⁹Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: ‘Convención de Belem Do Para’, 9 Jun. 1994. Art. 5: Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos.

⁴²⁰Convención Interamericana contra el Racismo, la Discriminación Racial y Formas Conexas de Intolerancia art. 7, 2013.

⁴²¹Declaración Universal de Derechos Humanos, Resolución 217 A (III), 10 Dic. 1948, 217 A (III).

⁴²²“Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, GA, Res. 2200A (XXI), Doc. ONU A/6316, 993 U.N.T.S.3 § (1966), art. 12, <http://hrlibrary.umn.edu/instree/b2esc.htm>.

⁴²³ Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Mar. 7, 1966, 660 U.N.T.S. 195.

⁴²⁴Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Dic. 18, 1979, 1249 U.N.T.S. 13.

⁴²⁵Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, Nov. 20, 1989, 1577 U.N.T.S.

⁴²⁶Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Dec. 13, 2006, 2515 U.N.T.S. 3.

⁴²⁷ REDESCA-CIDH. *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, párr. 317; Corte IDH Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 105; Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 3 de agosto de 2018), párr. 118.

⁴²⁸Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 89.

Estado⁴²⁹, y es éste quien tiene la obligación de respetar y garantizar el derecho a la salud, sin discriminación alguna, de conformidad con el artículo 1.1 de la CADH.

158. En esta línea, la REDESCA recuerda que el derecho a la salud requiere “dar especial cuidado a los grupos vulnerables y marginados”⁴³⁰. Los Estados deben adoptar medidas especiales que garanticen el acceso a la salud con un enfoque étnico, intercultural y social, que tome en cuenta el contexto histórico de discriminación en el que viven algunos grupos sociales, como las personas trans y de género diverso⁴³¹, las personas afrodescendientes⁴³², las comunidades indígenas y tribales⁴³³, los grupos en situación de pobreza⁴³⁴, las mujeres⁴³⁵, las niñas, niños y adolescentes⁴³⁶, las personas con discapacidad⁴³⁷, entre otros.
159. La CIDH ha reconocido que las múltiples formas de discriminación obstruyen el acceso al derecho a la salud y tienen efectos a nivel individual y colectivo⁴³⁸. La REDESCA recuerda que, de conformidad con el artículo 1.1 de la CADH y como condición transversal de la accesibilidad a los servicios de salud, los Estados deben garantizar un trato igual a todas las personas, y que, no son permitidos tratos discriminatorios “por motivos de raza, color, sexo, [...] posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”⁴³⁹, o por otros motivos, pues el listado de este precepto es enunciativo y no limitativo⁴⁴⁰. Así, puede haber una violación de la obligación de respeto al derecho a la salud al denegar o postergar sin justificación el acceso a servicios de salud de personas que viven con ENT y en situación de vulnerabilidad para priorizar la atención médica de personas con otras enfermedades, o cuando a personas con sobrepeso u obesidad, se les niega atención de calidad que les permita acceder a un diagnóstico oportuno y de calidad, así como a los tratamientos apropiados para la condición de salud que puedan tener. Igualmente, la CIDH ha reconocido que existe una correspondencia entre la raza y la etnicidad de las personas, con el nivel de acceso a servicios sociales vitales, como aquellos relacionados con la salud⁴⁴¹. La prohibición de discriminación es igualmente aplicable tratándose de acciones estatales preventivas a efecto de proteger el derecho a la salud⁴⁴².
160. En sus sentencias, la Corte IDH ha remitido al corpus iuris internacional sobre el derecho a la salud, dentro del cual se encuentra el PIDESC⁴⁴³, para establecer el ámbito de protección de este derecho. El Comité DESC ha considerado que el derecho a la salud “debe entenderse como un derecho al disfrute

⁴²⁹ Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 89.

⁴³⁰ Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 107.

⁴³¹ CIDH-REDESCA. *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, adoptado el 7 de agosto de 2020, párr. 322.

⁴³² CIDH-REDESCA, *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párr. 177.

⁴³³ CIDH. *Derechos de los pueblos indígenas y tribales sobre sus tierras ancestrales y recursos naturales*, 30 de diciembre de 2009, párrs. 271 y 272 disponible en [Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales sobre sus Tierras Ancestrales \(cidh.org\)](https://www.cidh.org/Derechos_de_los_Pueblos_Indigenas_y_Tribales_sobre_sus_Tierras_Ancestrales_cidh.org)

⁴³⁴ CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, 2017 párr. 3 disponible en oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf

⁴³⁵ CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*, el 14 de noviembre de 2019, párr. 3.

⁴³⁶ Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo (Corte IDH el 19 de noviembre de 1999); Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021) párr. 104.

⁴³⁷ Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 26 de marzo de 2021).

⁴³⁸ CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructura*, párr. 12.

⁴³⁹ Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 129.

⁴⁴⁰ Corte IDH. Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 24 de febrero de 2012); Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 129.

⁴⁴¹ CIDH. *La situación de las Personas Afrodescendientes en las Américas*, el 5 de diciembre de 2011, párr. 17; CIDH, “Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural”, 7 y 11.

⁴⁴² Corte IDH. Caso Guachalá Chimbo y otros Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 26 de marzo de 2021), párr. 143; Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 84 y 193.

⁴⁴³ Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 104; Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 3 de agosto de 2018), párr. 114.

de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud⁴⁴⁴, y que abarca una “amplia gama de factores socioeconómicos”⁴⁴⁵ necesarios para llevar una vida sana, e incluye “los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano”⁴⁴⁶, entre otros. La prestación de los servicios de salud debe ser de calidad y eficaz⁴⁴⁷, oportuna y apropiada⁴⁴⁸, y debe realizarse de acuerdo con cuatro elementos esenciales e interrelacionados, tal y como lo ha sostenido el Comité DESC en su Observación General No. 14⁴⁴⁹, y como se ha adoptado en el Sistema Interamericano⁴⁵⁰: disponibilidad⁴⁵¹, accesibilidad⁴⁵², aceptabilidad⁴⁵³ y calidad⁴⁵⁴.

161. En relación con el abordaje de enfermedades, el artículo 12 del PIDESC recoge la obligación estatal de implementar medidas para “[l]a prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”⁴⁵⁵, enfermedades entre las que se encuentran las ENT. A su vez, el Comité DESC ha señalado que la obligación de prevenir, tratar y

⁴⁴⁴Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.*, ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 9.

⁴⁴⁵ Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.*, ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 4.

⁴⁴⁶ Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.*, ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000),

⁴⁴⁷Corte IDH. *Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas* (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 100.

⁴⁴⁸Comité DESC, *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 11.

⁴⁴⁹ Comité DESC, *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 12.

⁴⁵⁰ Corte IDH. *Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas* (Corte IDH el 3 de agosto de 2018), párr. 121; *Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas* (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 106.

⁴⁵¹ “Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.”

⁴⁵² “Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

(i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad”.

⁴⁵³ “Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de

las personas de que se trate”.

⁴⁵⁴ “Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”.

⁴⁵⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales art. 12, Dic. 16, 1966, 993 U.N.T.S. 3

combatir enfermedades endémicas y epidémicas es de prioridad comparable a las básicas contempladas en el artículo 12 del PIDESC⁴⁵⁶.

162. A su vez, la Corte IDH se ha pronunciado previamente sobre las obligaciones estatales en materia de salud tratándose de marcos fácticos relativos a otros tipos de enfermedades. En el caso Cuscul Pivaral, al abordar el derecho a la salud de las personas que viven con el VIH/SIDA, la Corte consideró que los Estados deben adoptar medidas dirigidas a “regular el acceso a los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes prestaciones y servicios de prevención y atención de los casos de VIH”⁴⁵⁷; así como aquellas medidas necesarias para “asegurar a todas las personas el suministro y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH”⁴⁵⁸. En este análisis, la Corte recordó el compromiso estatal de poner “fin a epidemias como el SIDA y a otras enfermedades transmisibles como el VIH”⁴⁵⁹. Estas mismas obligaciones resultan aplicables a las enfermedades no transmisibles.
163. La REDESCA recuerda que los Objetivos de Desarrollo Sostenible descritos en la Agenda 2030 se constituyen “como un nuevo paradigma de desarrollo orientado hacia la desaparición de las condiciones que producen la desigualdad sistemática en el planeta”⁴⁶⁰ y que muchos DESCA están “reflejados desde una perspectiva transversal, en una lectura de derechos humanos del desarrollo”⁴⁶¹. En particular sobre las ENT, la REDESCA toma nota de que la Agenda 2030 establece en su compromiso 3.4 el “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”⁴⁶² para el 2030.
164. A la luz de la disposición del artículo 12 del PIDESC, que obliga a los Estados adoptar medidas de prevención, tratamiento y combate de las enfermedades, del compromiso de los Estados de reducir la mortalidad prematura por ENT como parte de los objetivos de desarrollo sostenible, así como de los estándares que la Corte IDH ha desarrollado en materia de enfermedades transmisibles como el VIH, la REDESCA considera que los Estados deben tomar medidas dirigidas a la prevención de ENT, incluyendo a través de la provisión de información y la adopción de políticas y regulaciones a nivel poblacional, así como a su detección y tratamiento, a través de toda una gama de bienes y servicios que cumplan con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
165. Las ENT están asimismo asociadas con la generación de discapacidades por lo que los Estados tienen un deber reforzado de adoptar medidas para prevenir su aparición y proporcionar un tratamiento adecuado. En ese sentido, la Corte ha indicado que los Estados “deben proporcionar los servicios de salud necesarios para prevenir posibles discapacidades, así como prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas” de éstas⁴⁶³.
166. Además, la REDESCA recuerda que los Estados tienen la obligación general de “asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz”⁴⁶⁴. En el marco de las ENT, la OMS y OPS han definido un conjunto intervenciones mínimas en la atención

⁴⁵⁶Comité DESC, “Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 44 c)

⁴⁵⁷Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 108.

⁴⁵⁸Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 108

⁴⁵⁹Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018), párr. 109.

⁴⁶⁰CIDH-REDESCA. *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, 2020, párr. 153, disponible en OEA/Ser.L/V/II)

⁴⁶¹CIDH-REDESCA. *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, 2020, párr. 153, disponible en OEA/Ser.L/V/II)

⁴⁶²CEPAL. *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe* 2018 pág. 24 disponible en [La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe. Objetivos, metas e indicadores mundiales | CEPAL](#)

⁴⁶³Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros et al Vs. Chile, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021) párr. 101.

⁴⁶⁴Corte IDH. Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 23 de agosto de 2018).

primaria de la salud, orientadas a la detección, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las principales ENT, exigibles incluso en contextos de escasos recursos. En ese contexto consideran que “los servicios para las ENT forman parte de los servicios de salud básicos y deben ser garantizados en situaciones de emergencia y crisis humanitaria”⁴⁶⁵. Es por ello que la Comisión estima que el manejo de las ENT, entendido como la detección, tamizaje, tratamiento y cuidados paliativos de las personas,⁴⁶⁶ debe considerarse comprendido dentro de los servicios esenciales de salud. Lo anterior sin perjuicio de la necesidad de intervenciones a nivel poblacional para reducir la exposición a factores de riesgo de ENT, ampliamente recomendadas como medidas costo-efectivas para prevenir su desarrollo⁴⁶⁷.

167. Como parte de la obligación de garantizar el derecho a la salud, la REDESCA considera que los Estados deben adoptar medidas concretas para lograr que las personas puedan vivir de forma más saludable. En este sentido, los Estados deben tomar medidas dirigidas a favorecer y fomentar los factores determinantes que facilitan que las personas puedan alcanzar el nivel más alto de salud⁴⁶⁸, al tiempo que modifican aquellos que lo obstaculizan. En este sentido, esta CIDH considera que los Estados deben asumir un rol proactivo para modificar aquellos factores que facilitan el desarrollo de ENT, y promover aquellos que facilitan que las personas gocen de un estado de bienestar general.
168. Al respecto, la CIDH ha tenido conocimiento sobre la asociación entre el desarrollo de estas enfermedades y el consumo de tabaco, alcohol, y de productos comestibles y bebidas no saludables⁴⁶⁹. En la audiencia temática regional sobre el “Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe”, tuvo conocimiento del impacto que el consumo de productos ultra procesados y bebidas endulzadas tiene en la salud de niños, niñas y adolescentes (NNA)⁴⁷⁰. Asimismo, en la audiencia temática “Derecho a la salud y tabaquismos en América”, la CIDH fue informada que la industria del tabaco manufactura un producto que “es [la] causa principal de enfermedad y discapacidad”⁴⁷¹ debido a la conexión causal entre el tabaquismo y las ENT, llevando a la muerte a la mitad de sus consumidores⁴⁷².
169. Tomando en cuenta esta relación estrecha entre los factores de riesgo arriba mencionados y el desarrollo de las ENT, la REDESCA considera que los Estados deben adoptar las medidas necesarias para desincentivar el consumo de estos productos, a la vez que fomentan los factores que facilitan que las personas no sufran estas enfermedades, como la dieta adecuada y la actividad física. A juicio de esta REDESCA, dadas las implicaciones para el derecho a la salud de estas enfermedades, una conducta estatal de fomento o incentivo de los factores asociados a las mismas por parte del Estado podría tener implicaciones para el cumplimiento de la obligación de respeto.
170. Dentro de las medidas estatales tendientes a garantizar el derecho a la salud en el contexto de las ENT, se encuentra el prevenir que las actividades de actores privados incidan perjudicialmente en el derecho

⁴⁶⁵ OPS/OMS. *Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud*. 2020, p. 2. Disponible en [Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁴⁶⁶ OPS/ OMS, “Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud”, 2020, p. 1. Disponible en [Conjunto de intervenciones esenciales de la OMS contra las enfermedades no transmisibles para la atención primaria de salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁴⁶⁷ Véase, por ejemplo: WHO, *Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of non-communicable diseases*. 2017 disponible en [Best buys short report AW.indd \(who.int\)](#)

⁴⁶⁸ Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 16.

⁴⁶⁹ Entre los tipos de productos no saludables que han sido identificados por las autoridades internacionales y regionales de salud se encuentran los productos comestibles y bebidas ultra procesados que han sido definidos como “formulaciones industriales elaboradas principal o totalmente a partir de sustancias derivadas de componentes de los alimentos, además de los aditivos usados para imitar e intensificar las cualidades sensoriales de los productos sin procesar o mínimamente procesados y los platos y comidas preparados con esos productos y con ingredientes culinarios procesados”. Véase OPS, “Alimentos y bebidas ultra procesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones normativas” (Washington DC, 2019), 6.

⁴⁷⁰ CIDH. *Audiencia temática. Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe*, vol. 182º periodo de sesiones, 2021.

⁴⁷¹ CIDH. *Comunicado de prensa. Informe sobre el 157º Período de Sesiones de la CIDH*, el 13 de junio de 2016 disponible en [informe-157.pdf \(oas.org\)](#)

⁴⁷² CIDH, “Comunicado de prensa. Informe sobre el 157º Período de Sesiones de la CIDH”, el 13 de junio de 2016 disponible en [informe-157.pdf \(oas.org\)](#)

a la salud. La Corte IDH ha recalado que los Estados tienen la obligación de prevenir cualquier intervención indebida de terceros en el goce del derecho a la salud⁴⁷³. También, como se dijo en el informe temático Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de personas afrodescendientes, los Estados están llamados a implementar marcos regulatorios y políticas públicas claras basadas en el contenido del derecho a la salud, aun y cuando intervengan actores privados o empresas⁴⁷⁴. En el mismo tenor, en una resolución en el contexto de la pandemia ocasionada por una enfermedad infecciosa, la Comisión consideró que los Estados tienen el deber de “exigir a los actores privados cuya actividad está relacionada con el sector salud el respeto de los derechos humanos y la adopción de la debida diligencia en la ejecución de sus operaciones”⁴⁷⁵. Asimismo, los Estados deben supervisar y fiscalizar, entre otras actividades⁴⁷⁶, la asistencia a la salud⁴⁷⁷, tanto la brindada por prestadores públicos como privados⁴⁷⁸, así como las actividades peligrosas⁴⁷⁹.

171. A la luz del deber de prevención, la REDESCA considera que al contar con datos que muestran la morbilidad y mortalidad y el impacto en el bienestar de las personas derivados de las ENT, así como la relación de éstas con ciertas actividades empresariales, existe una obligación estatal de formular e implementar normativas y políticas públicas para su adecuada prevención y control, incluyendo en el contexto de actividades empresariales. De igual modo, se derivan los deberes de regular, supervisar y fiscalizar las actividades empresariales vinculadas a los factores de riesgo asociados al desarrollo de estas enfermedades, así como aquellas relativas a la prestación de servicios integrales de salud para el manejo de las ENT.
172. Para esclarecer el contenido de ciertas obligaciones estatales en materia de salud, la Corte IDH ha estimado importante atender las consideraciones de la OPS, mismas que “constituyen una referencia autorizada para aclarar algunas obligaciones internacionales del Estado en materia de atención a la salud”⁴⁸⁰. Así, previamente un informe de la OPS sobre salud, derechos humanos y discapacidad entre los pueblos indígenas⁴⁸¹ fue tomado en cuenta por la Corte IDH en el caso Buzos Miskitos Vs. Honduras, para determinar el contenido de la obligación estatal de garantizar el derecho a la salud, conforme a los principios de accesibilidad y calidad de los servicios de salud, en un caso en el que las víctimas sobrevivientes que adquirieron una discapacidad no recibieron atención médica especial para su rehabilitación y reinserción⁴⁸². En ese mismo caso, el referido informe de la OPS fue utilizado por la Corte IDH para indicar que en el marco fáctico existían las obligaciones estatales de: prevención primaria (protección de personas sanas); prevención secundaria (atención de personas en riesgo: diagnóstico temprano y tratamiento oportuno); y terciaria (atención de las personas enfermas: rehabilitación y reinserción laboral)⁴⁸³.
173. La OMS y la OPS han recomendado a los Estados de la región adoptar medidas para reducir y mitigar los factores de riesgo asociados a las ENT. En ese sentido, la REDESCA considera importante la adopción e

⁴⁷³ CIDH, “Comunicado de prensa. Informe sobre el 157º Período de Sesiones de la CIDH”, el 13 de junio de 2016, párr. 124, disponible en [informe-157.pdf \(oas.org\)](#)

⁴⁷⁴ CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, p.171.

⁴⁷⁵ CIDH. Resolución 1/2021. *Las vacunas contra el COVID-19 en el marco de las obligaciones interamericanas de derechos humanos*. Adoptada el 6 de abril de 2021 disponible en [Microsoft Word - Resolucion-1-21-es.docx \(oas.org\)](#)

⁴⁷⁶ Véase por ejemplo, en relación con actividades peligrosas: Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021).

⁴⁷⁷ Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 89.

⁴⁷⁸ Corte IDH. Caso Vera Rojas et al V. Chile, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 89; Caso XimenesLopes Vs. Brasil, Sentencia (Corte IDH el 4 de julio de 2006).

⁴⁷⁹ CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 97; Corte IDH Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021) párr. 46.

⁴⁸⁰ Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021) párr. 84.

⁴⁸¹ OPS. *Derechos humanos y discapacidad entre los pueblos indígenas. Atención integral de los buzos Miskito de Honduras* (Honduras, el 3 de septiembre de 2004).

⁴⁸² Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021) párr. 95.

⁴⁸³ OPS. *Derechos humanos y discapacidad entre los pueblos indígenas. Atención integral de los buzos Miskito de Honduras*, 2004 párr. 19; Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021) párr. 84.

implementación de marcos jurídicos que prevengan y mitiguen los impactos adversos en la salud de las actividades realizadas por empresas cuya actividad es particularmente riesgosa para la salud, tal como lo han recomendado la OMS y la OPS. La REDESCA hará referencia a la forma en que se materializa la obligación de regulación en el contexto de las ENT, en el último apartado de este capítulo.

174. En el contexto de las ENT, las acciones que los Estados implementen en materia de salud deben considerar los contextos en los que estos grupos sociales viven y direccionar sus esfuerzos hacia erradicar o disminuir los diversos factores sociales, económicos, políticos y culturales que inciden negativamente en su bienestar incluida la manera en que ciertas actividades empresariales repercuten en ellos de manera más severa. Como la Comisión lo ha identificado previamente, ciertos grupos sociales pueden verse afectados desproporcionalmente por abusos y prácticas empresariales, tal y como es el caso de las personas afrodescendientes⁴⁸⁴. De igual modo, se considera que todas las medidas estatales adoptadas por los Estados para reducir la exposición a los factores de riesgo de las ENT y a la incidencia de estas enfermedades deben tener en cuenta su particular afectación en ciertos grupos poblacionales⁴⁸⁵.
175. Por otro lado, la REDESCA nota la especial situación de vulnerabilidad en la que se encuentran las personas con ENT. Así, por ejemplo, durante la pandemia de COVID-19 la OMS y OPS reportaron que las personas que viven con enfermedades cardiovasculares y cáncer, y otras ENT, tienen mayor riesgo de desarrollar un cuadro grave del virus y de morir⁴⁸⁶. Sumado a esta situación, muchas personas con ENT no tuvieron acceso a servicios médicos de calidad durante la pandemia pues algunos Estados optaron por prestar atención prioritaria a los casos relacionados con el COVID-19⁴⁸⁷. En ese sentido, los servicios de diagnóstico y tratamiento de cáncer, entre otros, fueron seriamente alterados⁴⁸⁸, lo cual representó un riesgo mortal para muchos pacientes. Además, se ha reportado que la perturbación a los servicios de prevención, manejo, tratamiento y cuidado para las personas que viven con ENT ha sido más severa en comunidades rurales y periurbanas, en las poblaciones indígenas⁴⁸⁹, así como en los países de más bajos ingresos⁴⁹⁰. A raíz de esta información, la REDESCA recuerda que todas las personas tienen derecho a acceder a los servicios médicos de salud en condiciones de igualdad, con independencia a su estado o condición de salud, como en el caso son las personas que viven con ENT⁴⁹¹.
176. Por su parte, la Comisión ha coincidido con la OMS sobre la interrelación entre la pobreza y diversas enfermedades⁴⁹². En ese sentido, la OMS ha destacado la necesidad de mitigar la pobreza como problema conexo a las tasas de morbilidad y mortalidad de ENT⁴⁹³, dado que las personas que viven en situación de pobreza tienen más probabilidad de no tener acceso a una alimentación saludable, de sufrir alguna

⁴⁸⁴CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, 2021, párr. 149.

⁴⁸⁵OMS/OPS. *Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de referencia REGULA*. Washington DC, 2015, pp. 39 y 40 disponible en [9789275318669_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/9789275318669_spa.pdf)

⁴⁸⁶OMS, UN Interagency Task Force on NCDs, y PNUD. *Responder a las enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 y después de esta. Situación de las pruebas relativas a la COVID-19 y las enfermedades no transmisibles: una revisión rápida*, 2020, 2020, p. 10; OPS, “OPS Insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas”, el 3 de febrero de 2021; OMS y OPS, “Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas, 17 de enero al 31 de mayo de 2020”.

⁴⁸⁷OMS/OPS, *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas, 17 de enero al 31 de mayo de 2020*, p. 6; OMS y OPS, *Informe de la evaluación rápida de la prestación de servicios para enfermedades no transmisibles durante la pandemia de COVID-19 en las Américas*, el 4 de junio de 2020, p.4.

⁴⁸⁸OPS. *OPS Insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas*. Comunicado del 2 de febrero del 2021 disponible en [OPS insta a garantizar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, la segunda causa principal de muerte en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/OPS-Insta-a-garantizar-el-diagnostico-y-tratamiento-del-cancer-la-segunda-causa-principal-de-muerte-en-las-Americas-OPS-OMS-Organizacion-Panamericana-de-la-Salud.pdf)

⁴⁸⁹OPS. *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas*. 17 de enero al 31 de mayo de 2020, p. 6 disponible en [Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la Región de las Américas, del 17 de enero al 31 de mayo del 2020 \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/Respuesta-de-la-Organizacion-Panamericana-de-la-Salud-a-la-COVID-19-en-la-Region-de-las-Americas-del-17-de-enero-al-31-de-mayo-del-2020.pdf).

⁴⁹⁰Noticias ONU. *La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas*, noticia del 1 de junio de 2020 disponible en [La pandemia de coronavirus interrumpe los tratamientos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas | Noticias ONU \(un.org\)](https://www.un.org/es/news/story/2020/06/01/cancer)

⁴⁹¹Corte IDH. *Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas* (Corte IDH el 23 de agosto de 2018).

⁴⁹²REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 336.

⁴⁹³OMS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial* Informe de la Secretaría. 61a Asamblea Mundial de la Salud, el 18 de abril de 2008, párr.13.

forma de malnutrición y de contraer ENT; todo lo cual aumenta los costos de la atención de salud, reduce la productividad y frena el crecimiento económico⁴⁹⁴.

b. Determinantes sociales, ambientales y comerciales del derecho a la salud

177. De acuerdo con la OMS, los determinantes sociales de la salud son “las circunstancias en que las personas crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”⁴⁹⁵. Estos determinantes pueden impactar positiva o negativamente la salud y tienen el potencial de contrarrestar o profundizar inequidades en salud. La OMS y la OPS han hecho énfasis en que aquellos factores del entorno que inciden en el bienestar de una persona o de una comunidad son determinantes de la salud.
178. El derecho a la salud es un derecho “de carácter inclusivo, que guarda correspondencia con el goce de otros derechos, [y] que comprende sus determinantes básicos y sociales como el conjunto de factores que condicionan su efectivo ejercicio y disfrute”⁴⁹⁶. Así, a efecto de garantizar el derecho a la salud, los Estados deben abarcar sus determinantes básicos y sociales⁴⁹⁷. Entre los determinantes básicos, el Comité DESC ha enunciado “la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano”⁴⁹⁸; el acceso a educación e información en cuestiones de salud⁴⁹⁹; y la gestión de los residuos sólidos, la higiene, los entornos saludables y la planificación urbana”⁵⁰⁰.
179. Se desprende de las consideraciones del Comité DESC, que los determinantes de la salud son enunciativos y no taxativos, pues dado que la salud experimenta cambios en cuanto a su contenido, alcance y desafíos para su goce efectivo, la definición de los determinantes de la salud también atiende a criterios evolutivos⁵⁰¹. En el informe Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de personas afrodescendientes la CIDH y la REDESCA incluyeron específicamente como determinantes sociales de la salud “la distribución equitativa de recursos, las perspectivas culturales, étnicas, de edad, migratorias, de discapacidad y de género, [y] la participación efectiva de la población en las políticas de salud”⁵⁰². Además, la CIDH ha abordado anteriormente la necesidad de identificar otros determinantes sociales de la salud, “como las relaciones de poder, la violencia, la discriminación normativa, institucional y social o entornos familiares y comunitarios nocivos que impidan la realización del derecho a la salud”⁵⁰³.
180. Los factores determinantes de la salud también tienen relevancia en relación con los elementos de disponibilidad y accesibilidad del derecho a la salud. Así, en los servicios de salud debe haber disponibilidad de los factores determinantes básicos de la salud, entre los que se encuentra el agua

⁴⁹⁴OMS. *Malnutrición. Notas descriptivas* (blog), 9 de junio 2021 disponible en [Malnutrición \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition)

⁴⁹⁵ OMS. *Social determinants of health* disponible en [Social determinants of health \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health)

⁴⁹⁶CIDH. Resolución 1/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, adoptada el 10 de abril de 2020, p. 5.

⁴⁹⁷Véase CIDH-REDESCA *Informe Sobre Personas Trans y de Género Diverso y Sus Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales*, 2020, OEA/Ser.L/V/II. para 322; CIDH-REDESCA, ‘Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales de Las Personas Afrodescendientes Estándares Interamericanos Para La Prevención, Combate y Erradicación de La Discriminación Racial Estructural’ (2021) OEA/Ser.L/V/II. para 173.

⁴⁹⁸Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) párr. 4.

⁴⁹⁹Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) párr.11

⁵⁰⁰OMS/OPS. *Abordaje de los determinantes ambientales de la salud en las estrategias de vigilancia y control de vectores: orientaciones para promover intervenciones clave*. Washington DC, 2019, p. 7 disponible en [Abordaje de los determinantes ambientales de la salud en las estrategias de vigilancia y control de vectores: orientaciones para promover intervenciones clave \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/detalle/es/abordaje-de-los-determinantes-ambientales-de-la-salud-en-las-estrategias-de-vigilancia-y-control-de-vectores-orientaciones-para-promover-intervenciones-clave); OMS, *Social and environmental determinants of health and health inequalities in Europe, factsheet*, 2012 disponible en [Environmental health inequalities in Europe: assessment report \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-and-environmental-determinants-of-health-and-health-inequalities-in-europe).

⁵⁰¹OMS/OPS. *Abordaje de los determinantes ambientales de la salud en las estrategias de vigilancia y control de vectores: orientaciones para promover intervenciones clave*. Washington DC, 2019, p. 7 disponible en [Abordaje de los determinantes ambientales de la salud en las estrategias de vigilancia y control de vectores: orientaciones para promover intervenciones clave \(paho.org\)](https://www.paho.org/hq/detalle/es/abordaje-de-los-determinantes-ambientales-de-la-salud-en-las-estrategias-de-vigilancia-y-control-de-vectores-orientaciones-para-promover-intervenciones-clave); OMS, *Social and environmental determinants of health and health inequalities in Europe, factsheet*, 2012 disponible en [Environmental health inequalities in Europe: assessment report \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-and-environmental-determinants-of-health-and-health-inequalities-in-europe).

⁵⁰²CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párr. 173.

⁵⁰³CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párr. 173.

potable⁵⁰⁴. A su vez, es necesario garantizar la accesibilidad física, geográfica y económica a los factores determinantes de salud, entre los que se encuentra el acceso a la información relativa a la salud⁵⁰⁵. El acceso a la información se constituye así en parte del elemento accesibilidad del derecho a la salud, un determinante de ésta, así como un derecho humano protegido por la CADH⁵⁰⁶.

181. La CIDH ha considerado que el derecho a la salud y sus determinantes básicos y sociales se relacionan con “el contenido de otros derechos humanos, como la vida e integridad personal y de otros DESC, tales como acceso a agua potable, acceso a alimentación nutritiva, acceso a medios de limpieza, vivienda adecuada, cooperación comunitaria, soporte en salud mental, e integración de servicios públicos de salud; así como respuestas para la prevención y atención de las violencias, asegurando efectiva protección social (...)”⁵⁰⁷.
182. En una opinión consultiva relativa al medio ambiente, la Corte IDH expresó que el goce del derecho a la salud requiere de ciertas precondiciones necesarias para una vida saludable, entre las cuales se encuentra la alimentación, el agua y el medio ambiente⁵⁰⁸. Así, el medio ambiente se constituye en un factor determinante de la salud⁵⁰⁹, a la vez que el derecho al medio ambiente sano se encuentra protegido por el artículo 26 de la CADH y el artículo 11 del Protocolo de San Salvador⁵¹⁰, tal y como lo ha sostenido la Corte IDH⁵¹¹, que también ha hecho énfasis en la interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos y de como todos estos, incluido el derecho a la salud, son vulnerables a la degradación ambiental⁵¹².
183. El derecho a un ambiente sano, equilibrado y libre de contaminación forma parte del conjunto de derechos que los Estados deben garantizar y proteger en razón de sus obligaciones a nivel nacional y regional⁵¹³. Asimismo, la Comisión ha considerado que el cambio climático, la gestión del agua, y de las redes de saneamiento, así como la gestión de residuos inciden en el derecho a la salud⁵¹⁴. Como lo ha sostenido la CIDH, “la implementación de los estándares internacionales de derechos humanos junto con la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible son un marco eficaz propuesto por la Comunidad Internacional, los Estados y la sociedad civil para adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y una hoja de ruta necesaria para asegurar la protección del derecho a un medio ambiente sano y los derechos humanos conexos”⁵¹⁵. A su vez, de acuerdo con la OMS, los determinantes ambientales “incluyen factores físicos, químicos y biológicos, y todos los comportamientos relacionados con estos”⁵¹⁶.

⁵⁰⁴CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párr. 12.

⁵⁰⁵CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párr. 12 b).

⁵⁰⁶ CADH. Artículo 13.

⁵⁰⁷CIDH. Resolución 1/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, párr. 4.

⁵⁰⁸ Corte IDH. *Opinión Consultiva OC-23/17. Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), No. Serie A No. 23 (Corte IDH el 15 de noviembre de 2017).

⁵⁰⁹Comité DESC, *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 11.

⁵¹⁰Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación LhakaHonhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH el 6 de febrero de 2020).

⁵¹¹Corte IDH. *Opinión Consultiva OC-23/17. Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), No. Serie A No. 23 (Corte IDH el 15 de noviembre de 2017).

⁵¹² Corte IDH. *Opinión Consultiva OC-23/17*, párr. 54.

⁵¹³ CIDH-REDESCA. Resolución N°. 3/2021 *Emergencia climática: Alcance de las obligaciones interamericanas en materia de derechos humanos*. (Adoptada por la CIDH el 31 de diciembre de 2021.) disponible en [Resolucion 3-21 SPA.pdf \(oas.org\)](#)

⁵¹⁴CIDH- REDESCA. Resolución 3/2021 *Emergencia Climática Alcance y obligaciones interamericanas de derechos humanos.*, adoptada el 31 de diciembre de 2021, párr. 20 a 23 y 56.

⁵¹⁵ CIDH-REDESCA. Resolución N°. 3/2021 *Emergencia climática: Alcance de las obligaciones interamericanas en materia de derechos humanos*. (Adoptada por la CIDH el 31 de diciembre de 2021)

⁵¹⁶OPS. *Determinantes Ambientales de Salud*“Temas (blog), s/f, disponible en <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>.

184. Tomando en cuenta los desafíos que enfrenta en la actualidad el derecho a la salud, la OMS ha reconocido la necesidad de abordar los determinantes comerciales de la salud⁵¹⁷; es decir las actividades del sector privado que repercuten en la salud pública⁵¹⁸, y que incluyen las estrategias y métodos utilizados por el sector privado para promover productos y opciones que son perjudiciales para la salud⁵¹⁹. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (Convenio Marco), reconoce de forma explícita el impacto negativo en la salud del consumo del tabaco, y de actividades de la industria de tabaco en las políticas relativas a la salud pública. El artículo 5.3. de dicho Convenio establece que los Estados, deben actuar “de una manera que proteja dichas políticas contra los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera”⁵²⁰. Del mismo modo, la Relatoría Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Relatora sobre el derecho a la salud) ha reconocido el rol que tienen los determinantes comerciales en la creación y profundización desigualdades en materia de salud, así como en los sistemas alimentarios⁵²¹.
185. Atender los determinantes de la salud es esencial para reducir la carga de las ENT⁵²². Esta REDESCA recuerda que la contaminación ambiental y atmosférica, las dietas no saludables y la falta de ejercicio físico, son factores modificables que contribuyen al desarrollo de ENT⁵²³. Por lo tanto, el abordaje de los determinantes sociales de la salud o las condiciones del entorno en que se desarrollan las personas (el medio ambiente sano, el acceso a alimentos nutritivos, el acceso a la información en materia de salud, la distribución de recursos, entre otros), así como del comportamiento de las empresas que manufacturan y comercializan productos asociados con el desarrollo de ENT, es decisivo para prevenir y controlar estas enfermedades. El derecho a la salud exige que los Estados adopten medidas no solo respecto de la asistencia sanitaria a través de la prestación de servicios y bienes de salud, sino también respecto de los entornos físicos y psicosociales que condicionan el disfrute del derecho a la salud de las personas⁵²⁴.
186. Los Estados deben tomar medidas dirigidas a facilitar que las personas lleven modos de vida más saludables. De acuerdo con el Comité DESC, los Estados deben promover “los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género”⁵²⁵ para prevenir y tratar las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole”⁵²⁶. Asimismo, deben abordar los determinantes que facilitan que las personas se enfermen, por lo que el Comité DESC ha considerado, por ejemplo, que los Estados deben “disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas”⁵²⁷.

⁵¹⁷OMS. *Seguimiento de la declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, el 27 de abril de 2022, 75a Asamblea Mundial de la Salud, A75/10 Add.6, párr. 11 disponible en [EB Document Format \(who.int\)](#)

⁵¹⁸ OMS, “Commercial determinants of health”, *Health Topics* (blog), 21 de marzo 2023, disponible en [Commercial determinants of health \(who.int\)](#)

⁵¹⁹ Ilona Kickbusch, Luke Allen and Christian Franz, “The Commercial Determinants of Health’ (2016) 4 *The Lancet Global Health* e895; Véase Melissa Mialon, ‘An Overview of the Commercial Determinants of Health’ (2020) 16 *Globalization and Health* 74; Lacy-Vawdon, Cassandra de, y Charles Livingstone. “Defining the Commercial Determinants of Health: A Systematic Review”. *BMC Public Health* 20, núm. 1 (el 29 de junio de 2020).

⁵²⁰ OMS, Adoptado por unanimidad por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo del 2003, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2005), art. 5.3.

⁵²¹ Naciones Unidas. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud*, 22 de julio de 2022, A/77/197, párrs. 44 y 46 disponible en [N2243267.pdf \(un.org\)](#)

⁵²²Michael Marmot y Ruth Bell, “Social Determinants and Non-Communicable Diseases: Time for Integrated Action”, *BMJ*, el 28 de enero de 2019, 1

⁵²³WHO *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors*. Geneva 2017 (WHO/FWC/EPE/17.1) disponible en [Preventing noncommunicable diseases \(NCDs\) by reducing environmental risk factors \(who.int\)](#);OMS, “Environmental health”, *Health Topics* (blog), 2022;

⁵²⁴WHO. *Preventing noncommunicable diseases (NCDs) by reducing environmental risk factors*. Geneva 2017 (WHO/FWC/EPE/17.1) disponible en [Preventing noncommunicable diseases \(NCDs\) by reducing environmental risk factors \(who.int\)](#);OMS, “Environmental health”, *Health Topics* (blog), 2022

⁵²⁵Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 16.

⁵²⁶ Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 16..

⁵²⁷Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 51.

187. Respecto de los determinantes comerciales de la salud, la REDESCA considera que los problemas en la salud derivados de las ENT son influenciados por las actividades de las industrias de productos no saludables cuyo uso y consumo se constituyen en factores de riesgo para el desarrollo de las ENT, formando parte del ambiente que condiciona las conductas y las opciones de los consumidores. El reconocimiento de estos determinantes ofrece una explicación distinta a la idea preconcebida de que las ENT son principalmente autoinfligidas, y resalta el rol que las empresas tienen en la propagación de estas enfermedades, lanzando luces en sus potenciales implicaciones jurídicas en el Sistema Interamericano⁵²⁸. Dada la relación de las actividades empresariales con los impactos adversos en la salud en el contexto del desarrollo de las ENT, la Relatoría Especial considera que una de las formas de abordar estos determinantes comerciales de la salud, es mediante el cumplimiento de la obligación de garantía del derecho a la salud, y concretamente a través de ejercicio del deber de regulación, supervisión y fiscalización de las actividades de actores privados.

D. Interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos interrelacionados

188. En el Sistema Interamericano se ha reiterado la interdependencia e indivisibilidad de todos los derechos humanos⁵²⁹. Como se ha mencionado, el derecho a la salud está interrelacionado con muchos otros derechos, algunos de los cuales serán abordados en esta sección por su especial importancia en el contexto de las ENT: el derecho a la alimentación adecuada, el derecho al agua, el principio de igualdad y no discriminación, el derecho de acceso a la información, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y el derecho a contar con recursos efectivos.

a. El derecho a la alimentación adecuada

189. De acuerdo con la Carta de la OEA, los Estados miembros convienen en “dedicar sus máximos esfuerzos a la consecución de (...) nutrición adecuada”⁵³⁰. A su vez, el artículo XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre establece que, a efecto de preservar la salud, deben implementarse medidas sanitarias y sociales en materia de alimentación. El derecho a la alimentación adecuada ha sido protegido por la Corte IDH por conexidad con el artículo 4.1 de la CADH⁵³¹, y actualmente es justiciable de manera directa por virtud del artículo 26 de la CADH⁵³². Por su parte, el Protocolo de San Salvador consagra el derecho de toda persona a una nutrición adecuada⁵³³ y la obligación estatal de garantizar a las niñas y niños una adecuada alimentación⁵³⁴.

190. Este derecho se encuentra también reconocido en el corpus iuris internacional⁵³⁵, incluidas la Declaración Universal de los Derechos Humanos⁵³⁶, que en su artículo 25.1 prevé que: “[t]oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación”; así como en el PIDESC⁵³⁷, a través del artículo 11.1 que establece que “[l]os Estados Partes [...] reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación”. De igual modo, este derecho se protege también en otros instrumentos internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra

⁵²⁸ Isabel Barbosa, Belen Ríos, y Tovar Ariadna, “State Obligations in the Context of Unhealth Diets: Paving the Way within the Inter-American Human Rights System”, *Revista Internacional de Derechos Humanos* 11, núm. 1 (2021): 52.

⁵²⁹Corte IDH. *Opinión Consultiva OC-23/17. Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos), No. Serie A No. 23 (Corte IDH sentencia del 15 de noviembre de 2017).

⁵³⁰OEA. *Carta de la Organización de los Estados Americanos*, 1951, p. 34.j.

⁵³¹Corte IDH. Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 125 (Corte IDH sentencia del 17 de junio de 2005).

⁵³²Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020).

⁵³³Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales: ‘Protocolo de San Salvador’ art. 12.1, Nov. 16, 1999, O.A.S.T.S. No. 69.

⁵³⁴Comité DESC. *.Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*”. ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 15

⁵³⁵ Tal y como también ha sido recogido por la Corte IDH, véase Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH el 6 de febrero de 2020), párrs. 213 y 217.

⁵³⁶ONU. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Pub. L. No. resolución 217 A (III) (1948).

⁵³⁷ ONU. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966, 993 U.N.T.S. 3

la Mujer (artículo 12)⁵³⁸; la Convención sobre los Derechos del Niño, (artículos 24 y 27)⁵³⁹; y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (artículos 25 y 28)⁵⁴⁰.

191. Por su parte, la Corte IDH ha considerado que la alimentación “es indispensable para el goce de otros derechos”⁵⁴¹. Al igual que el Comité DESC⁵⁴², la Corte IDH ha estimado que este derecho no debe entenderse de forma restrictiva⁵⁴³ y que no cualquier tipo de alimentación lo satisface⁵⁴⁴. En ese sentido, uno de los factores a tener en cuenta es la aceptabilidad de los alimentos para una cultura o consumidores determinados, lo que significa que se deben considerar “valores no relacionados con la nutrición que se asocian a los alimentos y al consumo” de éstos⁵⁴⁵.
192. En sus sentencias, la Corte IDH ha retomado lo establecido por el Comité DESC en relación con el contenido esencial del derecho a la alimentación⁵⁴⁶. En su Observación General 12, el Comité DESC señaló que el contenido básico del derecho a la alimentación adecuada comprende: “[l]a disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada”, y “[l]a accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos”⁵⁴⁷. Por lo que hace al elemento de disponibilidad, el Comité DESC ha dicho que deben tomarse en cuenta las posibilidades que tienen las personas de alimentarse, considerando “sistemas de distribución, elaboración y de comercialización que funcionen adecuadamente”⁵⁴⁸. Por su parte, el elemento de accesibilidad “comprende la accesibilidad económica y física”⁵⁴⁹.
193. Asimismo, el Comité DESC ha considerado como esenciales al derecho a la alimentación los conceptos de adecuación y seguridad alimentaria⁵⁵⁰. El primero, como lo ha retomado la Corte IDH, implica que “no cualquier tipo de alimentación satisface el derecho, sino que hay factores que deben tomarse en cuenta, que hacen a la alimentación ‘adecuada’”⁵⁵¹, lo que está “determinado en buena medida por las condiciones sociales, económicas, culturales, climáticas, ecológicas y de otro tipo imperantes en el momento”⁵⁵². El segundo “se relaciona con el de ‘sostenibilidad’, y entraña ‘la posibilidad de acceso a los alimentos por parte de las generaciones presentes y futuras’”⁵⁵³. La seguridad alimentaria, de acuerdo con el Comité DESC, “entraña el concepto de disponibilidad y accesibilidad a largo plazo”⁵⁵⁴. A su vez, la

⁵³⁸ ONU. *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, 1979, 1249 U.N.T.S. 13.

⁵³⁹ ONU. *Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño*, 1989, 1577 U.N.T.S.

⁵⁴⁰ ONU. *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, 2006, 2515 U.N.T.S. 3.

⁵⁴¹ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020).

⁵⁴² Comité DESC. *Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)*, ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párrs. 7 y 11.

⁵⁴³ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 254.

⁵⁴⁴ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020), párr. 220.

⁵⁴⁵ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020) párrs. 220 y 274.

⁵⁴⁶ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 218 y 219.

⁵⁴⁷ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 8.

⁵⁴⁸ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 12 y 13.

⁵⁴⁹ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 12 y 13.

⁵⁵⁰ Comité DESC. *Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)*, ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párr. 220.

⁵⁵¹ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020), párr. 220.

⁵⁵² Comité DESC. *Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)*. ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párr. 7.

⁵⁵³ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020), párr. 220.

⁵⁵⁴ Comité DESC. *Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)*. ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párr. 7.

Corte IDH ha considerado que este derecho protege, principalmente, “el acceso de las personas a alimentos que permitan una nutrición adecuada y apta para la preservación de la salud”⁵⁵⁵.

194. De conformidad con el Comité DESC, para garantizar el contenido básico del derecho a la alimentación, es necesario, que exista una disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficiente para satisfacer las necesidades dietéticas de cada persona, sin sustancias dañinas y culturalmente aceptables⁵⁵⁶. La REDESCA considera relevante destacar que, respecto de la inocuidad alimentaria, la Relatoría Especial de la ONU sobre el derecho a la alimentación, ha señalado que ésta debería entenderse de forma amplia para incluir “el valor nutricional de los productos alimenticios”⁵⁵⁷.
195. Sobre el alcance de las obligaciones estatales que se desprenden del derecho a la alimentación, la Corte IDH ha dicho que los Estados tienen las obligaciones de respetarlo y garantizarlo, y que esta última incluye el deber de protegerlo⁵⁵⁸; es decir la adopción de “medidas para velar por que las empresas o los particulares no priven a las personas del acceso a una alimentación adecuada”⁵⁵⁹. Al respecto, en un caso relativo al reclamo de 132 comunidades indígenas a la propiedad de su tierra, la Corte IDH estimó que el cambio en la forma de vida de las comunidades estaba relacionado con la interferencia en su territorio de pobladores no indígenas y actividades ajenas a sus costumbres, que habían afectado su modo de alimentación tradicional y su acceso al agua⁵⁶⁰.
196. En el Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas, la CIDH reiteró la importancia de que los Estados adopten marcos nacionales para lograr los Objetivo de Desarrollo Sostenible⁵⁶¹; entre los cuales se encuentra el objetivo 2, consistente en lograr que toda persona tenga acceso a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año⁵⁶². La CIDH ha considerado que la garantía del derecho a la alimentación de ciertos grupos sociales, como los pueblos indígenas y afrodescendientes, pasa por el acceso a alimentos culturalmente aceptables y por considerar valores no asociados a la nutrición⁵⁶³. También ha señalado que el PIDESC obliga a los Estados “al mejoramiento de la producción, conservación y distribución de alimentos, así como la difusión de principios sobre nutrición y reforma de regímenes agrarios”⁵⁶⁴.
197. Por otro lado, en la audiencia temática regional sobre el “Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe”, las organizaciones de la sociedad civil resaltaron que el uso de agrotóxicos, contaminación de agua, proliferación de semillas transgénicas, la pérdida de suelo y la pobreza rural afectan el derecho a la alimentación de los NNA de la región, especialmente de NNA indígenas, afrodescendientes y pertenecientes a comunidades rurales⁵⁶⁵.
198. La malnutrición en todas sus formas y la falta de accesibilidad a alimentos sanos es un problema que se encuentra más extendido en comunidades integradas por personas y grupos sociales que viven en circunstancias de vulnerabilidad o que han sido históricamente discriminados⁵⁶⁶. Para los efectos de este

⁵⁵⁵Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 216.

⁵⁵⁶Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 8.

⁵⁵⁷OACDH. *Informe provisional de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación*, HilalElver, el 3 de agosto de 2016, párr. 74.

⁵⁵⁸Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020), párr. 221.

⁵⁵⁹Ibid., 221, citando Comité DESC, “Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)”, ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párrs. 15 y 19.

⁵⁶⁰Ibid., párr. 284.

⁵⁶¹Como la propia CIDH lo ha reconocido, los ODS no son jurídicamente obligatorios, sin embargo, “se espera que los gobiernos los adopten como metas oficiales y establezcan marcos nacionales para el logro de los objetivos propuestos: CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, adoptado el 7 de septiembre de 2017, párr. 291

⁵⁶²CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, el 7 de septiembre de 2017, párr. 294.

⁵⁶³CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, 2021, párr. 188.

⁵⁶⁴CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, 2021, párr. 190.

⁵⁶⁵CIDH. *Audiencia temática. Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe*, vol. 182º periodo de sesiones, 2021.

⁵⁶⁶WHO. *Chapter 2: NCDs and development*, 2019, https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_chapter2.pdf; Michael Marmot y Ruth Bell, “Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action”, *Bmj* 364 (2019); Mariachiara Di

reporte y en consonancia con lo abordado por la OMS, el término “malnutrición” se refiere a “las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona”⁵⁶⁷, de manera que abarca tanto la desnutrición y la malnutrición relacionada con los micronutrientes, como el sobrepeso y la obesidad⁵⁶⁸. Para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas, el anterior titular de la Relatoría Especial de la ONU sobre el derecho a la alimentación ha considerado que se deben reformar los sistemas agroalimentarios, y por ende, dar “prioridad al acceso a dietas adecuadas sostenibles desde el punto de vista social y medioambiental sobre la mera provisión de calorías baratas”⁵⁶⁹.

199. La OMS ha reportado que, en particular, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en las niñas, niños y adolescentes (NNA) de la región —causadas por la mala alimentación— es un problema que ha alcanzado “proporciones epidémicas”⁵⁷⁰. En ese sentido, se ha afirmado que los NNA son más propensos a ingerir alimentos con poco o nulo valor nutricional, entre otras razones, por el uso de estrategias de comunicación innovadoras, divertidas y atractivas⁵⁷¹. Asimismo, las personas que viven en situación de pobreza tienen más probabilidad de no tener acceso a una alimentación saludable y de contraer ENT⁵⁷².
200. Como se expuso anteriormente, la alimentación se constituye como un factor determinante de la salud y tiene un rol transcendental en la prevención y tratamiento de las ENT⁵⁷³. La mala alimentación guarda estrecha relación con por lo menos tres factores de riesgo metabólicos de las ENT⁵⁷⁴ y es producto del aumento en la ingesta de productos comestibles de baja calidad nutricional —con alto contenido calórico y exceso de nutrientes críticos, como grasas saturadas, grasas trans, sodio y azúcar— que principalmente son productos procesados y ultra procesados⁵⁷⁵. Así, la mala alimentación en relación con el desarrollo de las ENT es un fenómeno que debe ser atendido por el Estado, en cumplimiento de sus obligaciones de respetar y garantizar el derecho a la alimentación, además del derecho a la salud y otros derechos relacionados que se desarrollarán a continuación. En particular sobre la obligación de respetar el derecho a la alimentación, la REDESCA considera que ésta exige que los Estados se abstengan de actuar de forma tal que obstaculicen el acceso a una alimentación adecuada⁵⁷⁶, lo que incluye el no promocionar el consumo de productos comestibles y bebidas no saludables, que no cumplen con las características para ser considerados alimentos de calidad suficiente por estar asociados al desarrollo de ENT.

Cesare PhD et al., “Inequalities in non-communicable diseases and effective responses”, *The Lancet (British edition)* 381, núm. 9866 (2013): 585–97, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61851-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61851-0). Rotimi Alao et al., “Economic inequality in malnutrition: a global systematic review and meta-analysis”, *BMJ Global Health* 6, núm. 12 (el 9 de diciembre de 2021); The Global Nutrition Report, “Action on equity to end malnutrition”, 2020; Fic Argentina y UNICEF Argentina, “Brechas sociales de la obesidad en la niñez y adolescencia”, 2016.

⁵⁶⁷OMS. *Malnutrición. Notas descriptivas* (blog), 9 de junio de 2021 disponible en [Malnutrición \(who.int\)](#)

⁵⁶⁸OMS. *Malnutrición. Notas descriptivas* (blog), 9 de junio de 2021 disponible en [Malnutrición \(who.int\)](#)

⁵⁶⁹Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, relativo a la relación existente entre salud y malnutrición*, Olivier De Schutter, 26 de diciembre de 2011, párr. 12.

⁵⁷⁰UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación.*, 2019, p. 9 disponible en [Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación \(unicef.es\)](#)

⁵⁷¹UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación.*, 2019, p. 9 disponible en [Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación \(unicef.es\)](#), pp. 9 y 12.

⁵⁷²UNICEF. *Estado mundial de la infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación.*, 2019, p. 11 disponible en [Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación \(unicef.es\)](#); OMS. *Malnutrición. Notas descriptivas* (blog), 9 de junio de 2021 disponible en [Malnutrición \(who.int\)](#)

⁵⁷³Véase Consejo de Derechos Humanos. “Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos” Relator David Boyd (ONU, Secretario General, el 19 de julio de 2021), párr. 30.

⁵⁷⁴De acuerdo con la OPS, estos son “la hipertensión, hiperglucemia en ayunas y el sobrepeso u obesidad”. Véase OPS. *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas* (Washington DC, 2020) disponible en [El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas \(paho.org\)](#).

⁵⁷⁵OPS, “El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas”, p. 7 disponible en [El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas \(paho.org\)](#); OACDH/ONU *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos*, párrs. 36 y 77.

⁵⁷⁶Véase, por ejemplo, Comité DESC, *Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)* ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párr. 15.

201. Por su parte, de la obligación de garantizar se desprende un deber de proteger el derecho a una alimentación adecuada respecto de acciones de empresas o particulares a efecto de que no se prive a las personas de este derecho⁵⁷⁷. La REDESCA considera que una manera de proteger este derecho es a través de la regulación de la actuación del sector privado⁵⁷⁸, en este caso el sector de alimentos y bebidas, para que éste no restrinja, limite u obstaculice con sus actividades el acceso a alimentación adecuada, y de esta forma se prevengan los impactos negativos en la salud y la preservación del derecho a la vida⁵⁷⁹. La obligación de garantizar también requiere tomar las medidas necesarias para reducir o eliminar los factores, condicionantes o determinantes que impidan o restrinjan el acceso a una alimentación adecuada, y promover los que facilitan el acceso a alimentos en cantidad y calidad adecuada, así como culturalmente apropiados. La Relatoría Especial exhorta a los Estados a adoptar medidas dirigidas a desincentivar el consumo de productos de baja calidad nutricional, y a promover la disponibilidad, el acceso y consumo de alimentos inocuos, aceptables, de calidad y culturalmente apropiados para satisfacer las necesidades alimentarias de las personas.
202. Igualmente, la REDESCA considera que las medidas adoptadas en algunas partes de la región, dirigidas a limitar la disponibilidad de productos de baja calidad nutricional en espacios de garantía de derechos para grupos de especial protección, como son NNA, son concordantes con la obligación de garantía de los derechos a la alimentación adecuada y a la salud⁵⁸⁰. La REDESCA considera pertinente la adopción de políticas de contratación pública que apoyen la producción y el consumo de productos alimenticios saludables, sostenibles y locales⁵⁸¹, tal y como ha sido recomendado por la Relatoría Especial sobre el disfrute a un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible⁵⁸².

b. El derecho al agua

203. En el Sistema Interamericano el derecho al agua se desprende de las normas de la Carta de la OEA y está protegido por el artículo 26 de la CADH⁵⁸³. En el Sistema Universal, se encuentra protegido a partir de la interpretación del artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en conjunto con el artículo 11 del PIDESC⁵⁸⁴. De igual modo, resoluciones de la ONU⁵⁸⁵ y la OEA⁵⁸⁶ han reconocido también este derecho, así como su interrelación con el derecho a la salud.
204. El Comité DESC ha expresado que el derecho al agua “es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico”⁵⁸⁷, que “debe

⁵⁷⁷ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020), párr. 221.

⁵⁷⁸ Véase, por ejemplo, Comité DESC. *Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)*, ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párr. 15.

⁵⁷⁹ Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 439 (Corte IDH el 1 de octubre de 2021); Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, Sentencia (Corte IDH el 4 de julio de 2006).

⁵⁸⁰ Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, el 1 de abril de 2014, párr. 38.

⁵⁸¹ Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos*, párr. 94 b) d.

⁵⁸² Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos*, párr. 94 b) d.

⁵⁸³ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020).

⁵⁸⁴ Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003), párrs. 3 y 4; Corte IDH Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 223.

⁵⁸⁵ ONU. Resolución 64/292. *El derecho humano al agua y el saneamiento*. ONU, Asamblea General el 28 de julio de 2010.

⁵⁸⁶ “La Asamblea General de la OEA adoptó también, en 2007 y 2012, las resoluciones 2349/07 y 2760/12, denominadas respectivamente ‘[e]l agua, la salud y los derechos humanos’ y ‘[e]l derecho humano al agua potable y el saneamiento’” véase Corte IDH Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 224.

⁵⁸⁷ Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003), párr. 2; Corte IDH Caso Comunidades Indígenas

tratarse como un bien social y cultural, y no fundamentalmente como un bien económico”⁵⁸⁸; asimismo, debe manejarse de forma sustentable para asegurar su goce para todas las personas y las generaciones futuras⁵⁸⁹. El Comité DESC se ha referido a los elementos de disponibilidad, calidad y accesibilidad en relación con el derecho al agua⁵⁹⁰. Sobre la disponibilidad ha indicado que el abastecimiento de agua debe ser suficiente para usos personales y domésticos, así como que la cantidad de agua para uso personal debe ser concordante con las recomendaciones de la OMS⁵⁹¹. El elemento de calidad requiere que ésta sea salubre, es decir, no debe contener microorganismos o sustancias que pongan en peligro la salud, así como tener características aceptables para el uso a darle⁵⁹². Finalmente, en relación con la accesibilidad, ésta debe ser física y económica, sin discriminación, e incluir acceso a información en la materia⁵⁹³.

205. Como lo ha reconocido la Corte IDH, el derecho al agua está vinculado con otros derechos⁵⁹⁴. Así, por ejemplo, el acceso al agua potable en cantidades suficientes es esencial para materializar el derecho a la alimentación⁵⁹⁵, está también interconectado con el derecho a un medio ambiente sano⁵⁹⁶, y con la salud⁵⁹⁷. En relación con este último, como se mencionó anteriormente, el acceso a agua potable es uno de sus determinantes.
206. Las obligaciones generales de respetar y garantizar el derecho al agua deben ser cumplidas sin discriminación y atender a las circunstancias particulares en las que ciertas personas y grupos sociales se encuentran. Así, como ha sido reconocido por la Relatoría de la ONU sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento (Relatoría sobre el derecho al agua), históricamente ciertas comunidades se han enfrentado a obstáculos específicos para acceder al agua, como es el caso de los pueblos indígenas⁵⁹⁸.
207. En virtud de las obligaciones generales del artículo 1.1 de la CADH, los Estados están obligados a respetar y garantizar el derecho al agua⁵⁹⁹. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de cualquier práctica o actividad “que deniegue o restrinja [su] acceso, en condiciones de igualdad”⁶⁰⁰,

Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH Sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 226.

⁵⁸⁸Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003), párr. 11.

⁵⁸⁹Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003).

⁵⁹⁰Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003) párr. 12.

⁵⁹¹Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003) párr. 12 a).

⁵⁹²Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003) párr. 12 b).

⁵⁹³Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003), párr. 12 c).

⁵⁹⁴Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003), párr. 222.

⁵⁹⁵Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos*, Boyd, párr. 41.

⁵⁹⁶Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 228.

⁵⁹⁷Comité DESC. *Observación general No. 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/2002/11 (20 de enero de 2003), párr. 3.

⁵⁹⁸ Consejo de Derechos humanos. *Derechos humanos de los pueblos indígenas al agua potable y al saneamiento: estado de la cuestión y enseñanzas de las culturas ancestrales*. Informe del Relator Especial sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento “Pedro Arrojo Agudo, el 27 de junio de 2022, párr. 78.

⁵⁹⁹Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas, (Corte IDH sentencia del 6 de febrero de 2020), párr. 229.

⁶⁰⁰Corte IDH. Opinión Consultiva OC-23/17. *Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). párr. 117.

siendo el agua un requisito para una vida digna⁶⁰¹, tal y como la Corte IDH lo ha señalado citando al Comité DESC⁶⁰². De igual modo, esta obligación requiere que los Estados se abstengan de “contaminar ilícitamente el medio ambiente de forma que se afecte las condiciones que permiten la vida digna de las personas”⁶⁰³. Por otra parte, la obligación estatal de garantizar el derecho al agua implica la adopción de medidas para que las personas puedan gozar efectivamente de este derecho, lo que incluye medidas dirigidas a difundir información sobre el uso y protección del agua, al igual que la provisión de un mínimo de agua para personas que no están en condiciones de proveérsela por motivos ajenos a su voluntad⁶⁰⁴. Asimismo, la obligación de garantía implica que los Estados brinden protección frente a actos de particulares que interfieran o impacten negativamente en el goce del derecho al agua⁶⁰⁵.

208. La REDESCA considera esencial que los Estados garanticen el acceso equitativo al agua y que la aprobación de permisos de explotación de los recursos acuíferos tome en cuenta las necesidades y la opinión de las comunidades locales, así como que se dé tratamiento al agua como bien público por sí mismo y por su relación con la salud⁶⁰⁶. En ese sentido, la Relatoría Especial considera pertinente retomar lo señalado por el Relator sobre el derecho al agua, en el sentido que se debe dar la máxima prioridad al uso del agua para aquellos usos y funciones que sustentan la vida y protegen la salud de las personas⁶⁰⁷. Al respecto, la REDESCA ha recibido información en relación con la existencia de comunidades que enfrentan problemas de acceso al agua potable en ciertas regiones de Colombia en donde empresas productoras de bebidas azucaradas y cerveceras tienen permisos de uso y manejo del agua otorgados por el Estado⁶⁰⁸. Igualmente, ciertas regiones de México, como San Cristóbal de las Casas, en el estado de Chiapas, enfrentan carencias severas de agua potable en un contexto donde se han dado concesiones de agua a compañías productoras de bebidas azucaradas⁶⁰⁹. Tal y como lo ha reconocido la Relatoría Especial de la ONU sobre los derechos humanos y el medio ambiente (Relatoría sobre el medio ambiente), el uso excesivo del agua por parte de grandes empresas productoras de refrescos, bebidas azucaradas y agua embotellada causa escasez de agua en las comunidades aledañas⁶¹⁰. Estas circunstancias inciden en el principio de accesibilidad, en su vertiente de no discriminación pues

⁶⁰¹ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-23/17. *Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). párr. 117.

⁶⁰² Comité DESC. *Observación general N° 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* 20 de enero de 2003, párr. 17 a 19.

⁶⁰³ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-23/17. *Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). párr. 117. Véase también Comité DESC, *Observación general N° 15 (2002). El derecho al agua (artículos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* 20 de enero de 2003, párr. 17 a 19.

⁶⁰⁴ Corte IDH. Opinión Consultiva OC-23/17. *Medio ambiente y derechos humanos* (obligaciones estatales en relación con el medio ambiente en el marco de la protección y garantía de los derechos a la vida y a la integridad personal - interpretación y alcance de los artículos 4.1 y 5.1, en relación con los artículos 1.1 y 2 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). párr. 121. Véase también Comité DESC, “Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)”, el 12 de mayo de 1999, párr. 17.

⁶⁰⁵ Corte IDH. Caso Comunidades Indígenas Miembros de la Asociación Lhaka Honhat (Nuestra Tierra) Vs. Argentina. Interpretación de la Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas (2020), párr. 229.

⁶⁰⁶ Consejo de Derechos Humanos. *Riesgos e impactos de la mercantilización y financiarización del agua sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento*, Informe del Relator Especial sobre el derecho humano al agua y el saneamiento, presentado a la 76ª Asamblea General de la ONU por el Relator Especial sobre el derecho humano al agua y al saneamiento” Pedro Arrojo Agudo, 2021, p. 11; Corte IDH Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 125 (Corte IDH el 17 de junio de 2005); CIDH, “Capítulo IV. A Acceso al agua en las Américas. Una aproximación al derecho humano al agua en el sistema interamericano”, s/f, párrs. 75 y 152; Corte IDH Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021).

⁶⁰⁷ Consejo de Derechos Humanos *Riesgos e impactos de la mercantilización y financiarización del agua sobre los derechos humanos al agua potable y al saneamiento*, Informe del Relator Especial sobre el derecho humano al agua y el saneamiento, presentado a la 76ª Asamblea General de la ONU por el Relator Especial sobre el derecho humano al agua y al saneamiento” Pedro Arrojo Agudo, 2021, pp. 3 y 11.

⁶⁰⁸ Laila Abu Shihab, “Cuando hay agua para las plantas de gaseosa y no para las comunidades. Vorágine, periodismo contracorriente”, *Vorágine, periodismo contracorriente*, el 21 de enero de 2021.

⁶⁰⁹ Universidad Autónoma de la Ciudad de México y Karla Gabriela Rangel Dorantes, *Acaparamiento de agua por parte de FEMSA Coca Cola en San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México*, 20 de septiembre de 2022.

⁶¹⁰ Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos*, Boyd, párr. 41.

usualmente son los sectores en contextos más vulnerables y marginados quienes se ven más afectados al no tener acceso a un mínimo de agua potable.

209. El acceso al potable es fundamental para generar entornos en que las personas puedan gozar del mayor nivel de salud posible. Su carencia implica que el entorno impulse a las personas a satisfacer sus requerimientos de uso de agua personal con otro tipo de bebidas como las azucaradas, cuyo consumo se encuentra asociado al desarrollo de ENT. La Relatoría Especial considera que los Estados deben revisar su marco jurídico para verificar que éste promueve el derecho al agua para uso personal y doméstico, y no primordialmente para usos extractivos o empresariales. Asimismo, debe adoptar medidas para facilitar el acceso a agua potable para las personas sin discriminación, con particular atención frente a grupos en situación de vulnerabilidad⁶¹¹, así como para personas que sufren ENT. De esta forma, la REDESCA recomienda a los Estados tomar medidas para garantizar el acceso a agua potable en lugares frecuentados por estos grupos, como escuelas y otros espacios de garantía de los derechos de NNA, en hospitales y otras instituciones de salud que frecuentan personas que viven con ENT o están en riesgo de padecerlas, en las penitenciarías, así como en oficinas públicas y entidades estatales, y otros lugares de alta concurrencia como plazas comerciales, parques o estadios.

c. El principio de igualdad y no discriminación

210. La igualdad y la no discriminación están protegidas bajo el artículo 24 de la CADH, que prohíbe la discriminación de derecho o de hecho en relación con el ejercicio de los derechos consagrados en este instrumento y en todas las leyes que apruebe el Estado, así como la discriminación en la aplicación de dichas normas⁶¹². El principio de igualdad y no discriminación es una norma de ius cogens sobre la que descansa el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y permea todo el ordenamiento jurídico⁶¹³. De acuerdo con este principio, los Estados tienen la obligación de no adoptar normativas discriminatorias y eliminar las que tengan este carácter. Asimismo, los Estados deben combatir las prácticas discriminatorias y establecer normas y otras medidas que reconozcan y aseguren la efectiva igualdad ante la ley de todas las personas⁶¹⁴. La REDESCA reitera la importancia de eliminar todas las formas de discriminación, directas⁶¹⁵, indirectas⁶¹⁶, múltiples e interseccionales⁶¹⁷, que afectan a las personas en contextos de vulnerabilidad⁶¹⁸.
211. Tanto la Corte como la Comisión Interamericanas han hecho énfasis en la necesidad de adoptar un enfoque de interseccionalidad, por medio del cual se identifiquen los factores que pueden poner en condición de vulnerabilidad a las personas, entre ellas el origen étnico-racial, el vivir con VIH, la nacionalidad, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, la condición migratoria y la

⁶¹¹Véase, por ejemplo, CIDH, “Capítulo IV. A Acceso al agua en las Américas. Una aproximación al derecho humano al agua en el sistema interamericano”, párrs. 5 y 152.

⁶¹²Corte IDH. Caso Yatama Vs. Nicaragua, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de junio de 2005).

⁶¹³Corte IDH. Caso Yatama Vs. Nicaragua, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de junio de 2005). párr. 184.

⁶¹⁴[Corte IDH. Caso Yatama Vs. Nicaragua, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de junio de 2005).párr. 185.

⁶¹⁵ De acuerdo con el Comité DESC “[H]ay discriminación directa cuando un individuo recibe un trato menos favorable que otro en situación similar por alguna causa relacionada con uno de los motivos prohibidos de discriminación, por ejemplo, cuando la contratación para puestos en instituciones educativas o culturales se basa en las opiniones políticas de los solicitantes de empleo o los empleados. También constituyen discriminación directa aquellos actos u omisiones que causen perjuicio y se basen en alguno de los motivos prohibidos de discriminación cuando no exista una situación similar comparable (por ejemplo, en el caso de una embarazada)”.

Comité DESC, *Observación General N° 20. La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 2, párr. 2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*, ONU E/C.12/GC/20 (2 de julio de 2009), párr. 10.

⁶¹⁶ De acuerdo con el Comité DESC “[l]a discriminación indirecta hace referencia a leyes, políticas o prácticas en apariencia neutras pero que influyen de manera desproporcionada en los derechos del Pacto afectados por los motivos prohibidos de discriminación. Por ejemplo, exigir una partida de nacimiento para poder matricularse en una escuela puede ser una forma de discriminar a las minorías étnicas o a los no nacionales que no posean, o a quienes se hayan denegado, esas partidas”. Ibid.

⁶¹⁷ De acuerdo con el Comité DESC, existe discriminación múltiple cuando: “[a]lgunos individuos o grupos sufren discriminación por más de uno de los motivos prohibidos, por ejemplo, las mujeres pertenecientes a una minoría étnica o religiosa. Esa discriminación acumulativa afecta a las personas de forma especial y concreta y merece particular consideración y medidas específicas para combatirla”. Ibid., párr. 17.

⁶¹⁸CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*”2021, párr. 26.

clase socioeconómica, entre otras, y se tome en cuenta cómo el entrecruce de estas situaciones genera afectaciones diferenciadas⁶¹⁹. La perspectiva interseccional permite visibilizar las brechas sociales, económicas, educativas, de salud y otras que enfrentan distintas personas y grupos sociales, como las personas afrodescendientes y las mujeres⁶²⁰. Así, la REDESCA ha destacado la importancia de los indicadores sobre acceso a servicios de vivienda, educación, salud, nutrición, entre otros, para visibilizar la discriminación estructural en la que se encuentran estas personas y grupos sociales⁶²¹.

212. El uso de la perspectiva interseccional ha permitido entrever cómo una de las poblaciones más afectadas por la pandemia del COVID-19 han sido las “personas con enfermedades preexistentes que las hacen especialmente vulnerables al virus”⁶²². En ese sentido, las recomendaciones de la CIDH contenidas en su resolución 1/2020 “Pandemia y Derechos Humanos en las Américas” reconocen la necesidad de prestar especial atención sanitaria sin discriminación a los grupos con “condiciones crónicas y enfermedades (...) que requieren medicación y atención regular como pacientes de diabetes, hipertensión, demencia senil, alzhéimer, entre otras”⁶²³.
213. La Relatoría del derecho a la salud ha identificado prácticas empresariales dirigidas a ciertos grupos sociales que han resultado en el aprovechamiento económico de sus desventajas sociales, así como el acrecentamiento de las mismas. Así, por ejemplo, dicha Relatora ha considerado que “las empresas tabacaleras se han dirigido de forma agresiva a determinadas poblaciones”⁶²⁴, como las personas afrodescendientes y quienes que viven en situación de pobreza⁶²⁵. De igual modo, ha reconocido la existencia de asimetrías de poder y desigualdades estructurales en los sistemas alimentarios, los cuales tienen “un impacto desproporcionado en ciertas comunidades que están sometidas a una comercialización agresiva, que suelen carecer de acceso a opciones alimentarias nutritivas y asequibles y que se enfrentan a altos índices de inseguridad alimentaria”⁶²⁶. De esta manera, las personas habitantes del Sur Global han estado “especialmente expuest[a]s a las agresivas técnicas de comercialización de las empresas de alimentos y bebidas cuyos productos contienen una combinación de grasas, sales, azúcares y aditivos que se asocian a factores de riesgo de enfermedades no transmisibles”⁶²⁷. Todo esto ha generado, “mayores tasas de enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares”⁶²⁸.
214. Por su parte, la Relatoría Especial sobre el derecho a la salud de Naciones Unidas señaló que las personas con menos ingresos económicos suelen tener dietas no sanas. Lo anterior puede ocurrir dado que productos saludables, como las frutas y verduras, son inasequibles en ciertos contextos⁶²⁹, o por el tipo de trabajos que las personas con menos recursos económicos realizan, en los que tienen menos tiempo para cocinar y prefieren consumir productos más fáciles de preparar, de menor calidad y más

⁶¹⁹Corte IDH. Caso Gonzales Lluy et al V. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 9 de enero de 2015); I.V. v. Bolivia, Serie C No. 329 (Corte IDH 2016); CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párrs. 45 y 50; Corte IDH. Caso Atala Riffo y niñas Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 239 (Corte IDH sentencia del 24 de febrero de 2012).

⁶²⁰CIDH-REDESCA. *Derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas afrodescendientes Estándares Interamericanos para la prevención, combate y erradicación de la discriminación racial estructural*, párr. 48.

⁶²¹CIDH. *La situación de las Personas Afrodescendientes en las Américas*, 5 de diciembre de 2011, párr. 46.

⁶²²CIDH. Resolución 1/2020 *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas*, adoptada el 10 de abril de 2020, párr. 8.

⁶²³Corte IDH. Caso Yatama Vs. Nicaragua, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de junio de 2005). párr. 43.

⁶²⁴ Consejo de Derechos Humanos. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud* Tlaleng Mofokeng, l 22 de julio de 2022, párr. 45.

⁶²⁵ Consejo de Derechos Humanos. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud* Tlaleng Mofokeng, l 22 de julio de 2022, párr. 45, citando Romeo-Stuppy et al., “Tobacco Industry”, 2.

⁶²⁶ Consejo de Derechos Humanos. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud* Tlaleng Mofokeng, l 22 de julio de 2022, párr. 46.

⁶²⁷ Consejo de Derechos Humanos. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud* Tlaleng Mofokeng, l 22 de julio de 2022,

⁶²⁸ Consejo de Derechos Humanos. *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental - El racismo y el derecho a la salud* Tlaleng Mofokeng, l 22 de julio de 2022,

⁶²⁹ Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud*, 1 de abril de 2014”, párr. 43.

atractivos⁶³⁰. Esto puede generar problemas de malnutrición, que a su vez está relacionada con factores de riesgo metabólicos de las ENT⁶³¹. Al respecto, son llamativas las cifras incluidas por la OMS y la OPS en distintos documentos sobre la manera en que la exposición a los factores de riesgo de las ENT y la carga de morbilidad y mortalidad por ENT tienen impactos diferenciados teniendo en cuenta características como el sexo, la raza, el grupo étnico, la ocupación y otras condiciones socioeconómicas⁶³². Los Estados deben tomar medidas para modificar los factores que permiten que las personas de ciertos grupos sociales desarrollen ENT con más facilidad, así como para abordar los impactos diferenciados que las ENT generan en estos grupos.

215. Por otro lado, la Corte IDH ha señalado que dada la especial condición de vulnerabilidad en la que se encuentran ciertas personas y grupos sociales, los Estados tienen el deber de adoptar medidas de protección especial. Esto ha acontecido tratándose, por ejemplo, de NNA, en cuyo caso los Estados deben atender a su interés superior⁶³³, sobre todo tomando en cuenta que se trata de un grupo particularmente que está expuesta en mayor medida a factores de riesgo⁶³⁴. Es de recordar que la Corte IDH ha establecido que el interés superior de los NNA debe ser una consideración central de todas las decisiones que afectan su salud y desarrollo, aun y cuando las acciones que inciden en sus derechos provengan de agentes no estatales⁶³⁵.
216. En su informe Políticas públicas con enfoque de derechos humanos la Comisión destacó que en la formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas debe tomarse en cuenta la igualdad formal y sustantiva. En ese sentido, la REDESCA recuerda que esta igualdad tiene tres dimensiones en materia de políticas públicas. En primer lugar, implica que el Estado debe adoptar medidas fundadas en el reconocimiento de la dignidad y derechos de todas las personas en condiciones de igualdad y sin distinción alguna; en segundo lugar, requiere diseñar mecanismos y herramientas bajo un enfoque diferenciado que atienda las condiciones particulares de ciertas personas, grupos o poblaciones; por último, reclama la activa participación de las personas, grupos y poblaciones en situación de discriminación histórica en el diseño de políticas públicas que les conciernen⁶³⁶. La REDESCA considera que estas tres dimensiones deben ser tomadas en cuenta por los Estados al formular e implementar políticas públicas dirigidas a la prevención, tratamiento y combate de las ENT.
217. La Relatoría Especial entiende que las normativas y políticas públicas que sean diseñadas e implementadas por los Estados en materia de prevención y tratamiento de ENT deben tomar en cuenta las inequidades a que se enfrentan ciertos grupos o personas en materia de acceso a servicios de salud, así como su especial vulnerabilidad derivada de la exposición a factores de riesgo de las ENT, de modo que busquen garantizar la igualdad sustantiva para estos grupos y eviten la profundización de las inequidades. Igualmente, dichas normativas y regulaciones deben garantizar la protección especial de

⁶³⁰Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud*, 1 de abril de 2014", párr. 43

⁶³¹ De acuerdo con la OPS, estos son "la hipertensión, hiperglucemia en ayunas y el sobrepeso u obesidad". Véase OPS/OMS, *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*, p. 7. Por lo que hace a lo que se consideran factores de riesgo metabólicos, véase OMS, "Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras disponibles en [Enfermedades no transmisibles \(who.int\)](http://www.who.int)

⁶³²OMS/OPS *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, 2013, p. 9; OMS y OPS, *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*, 2014, p. 9.

⁶³³ "Se trata de un concepto triple: a) un derecho sustantivo, en el sentido que el niño y la niña tienen el derecho a que su interés superior sea una consideración primordial que se debe poner en práctica cuando se adopte una decisión que afecte a un niño o niña; b) un principio jurídico interpretativo fundamental, de forma que las normas se interpreten de forma que satisfaga el interés superior del niño o niña; y c) una norma de procedimiento, que requiere que siempre que se adopte una decisión que afecte a niños y niñas se tome en cuenta las repercusiones que puede tener en ellos" Corte IDH Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021) párrs. 104 y 106.

⁶³⁴Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud*, 1 de abril de 2014, párrs. 34 y 37.

⁶³⁵Corte IDH Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 107.

⁶³⁶CIDH. *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos*, adoptado el 15 de septiembre de 2018, párr. 48.

grupos como NNA, e incluir en su evaluación su impacto en grupos tradicionalmente discriminados y los mayormente expuestos a los factores de riesgo de las ENT.

d. El derecho de acceso a la información

218. El derecho de acceso a la información se encuentra protegido en el artículo 13 de la CADH⁶³⁷, e implica la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas⁶³⁸. El acceso a la información se rige por los principios de transparencia, máxima divulgación, publicidad y participación ciudadana a través de sistemas de control efectivos⁶³⁹. La Comisión ha considerado que del artículo 13 de la CADH se desprende una “obligación positiva en cabeza del Estado de brindar a los ciudadanos acceso a la información que está en su poder, y un derecho correlativo de las personas a acceder a la información en poder del Estado”⁶⁴⁰.
219. La Corte IDH ha hecho hincapié en el carácter instrumental del derecho a acceder a la información para satisfacer otros derechos de la CADH⁶⁴¹. En materia de salud, la Corte IDH estableció que el suministro de información oportuna, completa, comprensible y fidedigna debe hacerse “de oficio, debido a que esta es imprescindible para la toma de decisiones informadas en dicho ámbito”⁶⁴². El deber de suministrar la información necesaria a las personas en materia de salud contribuye a “la accesibilidad a los servicios de salud y a que las personas puedan tomar decisiones libres, bien informadas, de forma plena”⁶⁴³. Igualmente, el Comité DESC ha considerado que los Estados deben proteger el derecho de acceso a la información, por medio de, por ejemplo, tomar medidas para que terceros no limiten el acceso a la información y los servicios relacionados con la salud⁶⁴⁴.
220. Varios organismos internacionales han abordado el derecho de acceso a la información de ciertas personas o grupos sociales, como los NNA. El Comité DESC, ha indicado que los NNA deben tener acceso a información amigable en relación con conductas y hábitos que prevengan enfermedades y que promueva la salud⁶⁴⁵, como por ejemplo información sobre el tabaco, alcohol, otras sustancias y su dieta⁶⁴⁶. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño ha dicho que los NNA deben tener acceso a información adecuada y apropiada a su edad para tomar decisiones sobre conductas y hábitos en materia de salud⁶⁴⁷. La Corte IDH ha considerado que los NNA y sus cuidadores deben “tener acceso a la información relacionada con las enfermedades o discapacidades que sufran, incluidas sus causas, cuidados y pronósticos”⁶⁴⁸.
221. Además, el contar con información permite conocer los riesgos que el uso y consumo que ciertos productos acarrearán en la salud, de manera que el acceso a la información es necesario tanto en la prevención de problemas a la salud, como para que las personas puedan tomar decisiones libres e informadas en el contexto de la prestación de servicios sanitarios. De esta manera, por ejemplo, el Convenio Marco en materia de tabaco reconoce la importancia de que las personas consumidoras del

⁶³⁷ Corte IDH, Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 151 (el 19 de septiembre de 2006).

⁶³⁸ Corte IDH, Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 151 (el 19 de septiembre de 2006, párr. 76).

⁶³⁹ CIDH- RELE *Estudio especial sobre el derecho de acceso a la información*, Washington DC, 2007, párr. 3.

⁶⁴⁰ CIDH. *El derecho de acceso a la información*, 2009, párr. 3; Corte IDH, Caso Claude Reyes y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas párr. 77.

⁶⁴¹ Corte IDH Caso I.V. vs. Bolivia, sentencia de **30 de noviembre de 2016** (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas)

⁶⁴² Corte IDH Caso I.V. vs. Bolivia, sentencia de **30 de noviembre de 2016** (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas) párr. 155.

⁶⁴³ Corte IDH Caso I.V. vs. Bolivia, sentencia de **30 de noviembre de 2016** (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas) párr. 156.

⁶⁴⁴ Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 35.

⁶⁴⁵ Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) párr. 22.

⁶⁴⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General No. 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, ONU CRC/GC/2003/4 (1 de Julio de 2003), párr. 26.

⁶⁴⁷ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General No. 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, ONU CRC/GC/2003/4 (1 de Julio de 2003), párrs. 23 y 39.

⁶⁴⁸ Corte IDH Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021).

tabaco conozcan “la información relativa a los componentes tóxicos de los productos de tabaco y las emisiones que éstos pueden producir”⁶⁴⁹. De acuerdo con las Directrices para la aplicación de dicho Convenio, dentro de la información que debe ser compartida se encuentra la toxicidad, el poder adictivo del tabaco y “su amenaza mortal”⁶⁵⁰. En consonancia con lo abordado por mecanismos de la ONU, la REDESCA considera que las personas deben tener acceso a la información sobre el contenido nutricional, el impacto ambiental y los efectos de los productos comestibles y bebidas en la salud⁶⁵¹.

222. La información a la que las personas tengan acceso debe ser la más actual, y en la medida de lo posible y de conformidad con el ámbito respectivo, deber ser obtenida como resultado de investigaciones serias en el ámbito de las ciencias naturales o sociales, sobre todo si se refiere a la existencia de riesgos para los derechos humanos de las personas⁶⁵².

e. El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico

223. El artículo XIII de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre prevé que toda persona tiene el derecho de “disfrutar de los beneficios que resulten de los progresos intelectuales y especialmente de los descubrimientos científicos”⁶⁵³, mientras que el Protocolo de San Salvador consagra el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico en su artículo 14.1 b). De igual modo, en su precepto 38, la Carta de la Organización de la OEA, insta a sus Estados miembros a “difundir(...) entre sí los beneficios de la ciencia y de la tecnología”⁶⁵⁴. Por su parte, en el Sistema Universal el artículo 15 b) del PIDESC⁶⁵⁵ reconoce el derecho a gozar del progreso científico y sus aplicaciones, también conocido como “derecho a la ciencia”⁶⁵⁶.

224. La Corte IDH ha estimado que existe una relación entre el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y la satisfacción de las necesidades materiales y espirituales de todos los sectores de la población⁶⁵⁷. Igualmente, la CIDH y la REDESCA han reconocido la necesidad de que las personas se beneficien del progreso científico y tecnológico para gozar del derecho a la salud⁶⁵⁸.

225. Por su parte, el Comité DESC ha considerado que la expresión “progreso científico” contenida en el PIDESC pone de relieve la capacidad de la ciencia para contribuir al bienestar de las personas y la humanidad, y su aplicación se refiere a la “utilización concreta de la ciencia en relación con las preocupaciones y las necesidades específicas de la población”⁶⁵⁹. Por su parte, el término “beneficios” se

⁶⁴⁹ OMS, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, adoptado en la 56ª Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo del 2003, art. 10.

⁶⁵⁰ OMS. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco: directrices para la aplicación Artículo 5.3, Artículo 8, Artículos 9 y 10 Artículo 11, Artículo 12, Artículo 13 y Artículo 14*, 2013, p. 41.

⁶⁵¹ Comité DESC. “Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párrs. 11, 12 b) iv), 22, 23, 35, 44 d) y 50; Comité DESC, “Observación General No. 12: El derecho a una alimentación adecuada (art. 11)”, Doc. de la ONU E/C.12/1999/5 (12 de mayo de 1999), párr. 25; OACDH/ONU, “Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos” David Boyd y (ONU, Secretario General, el 19 de julio de 2021), párr. 70 (a); OACDH/ONU “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, el 1 de abril de 2014, párr. 32; OHCHR “Statement by the UN Special Rapporteur on the right to health on the adoption of front-of-package warning labelling to tackle NCDs” Dainius Pūras., 27 de julio de 2020.

⁶⁵² Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021, párr. 44.

⁶⁵³ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 2 May. 1948.

⁶⁵⁴ Carta de la Organización de los Estados Americanos, 30 Abril 1948.

⁶⁵⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Dic. 16, 1966, 993 U.N.T.S. 3

⁶⁵⁶ Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021, párr. 8.

⁶⁵⁷ Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) v. Costa Rica, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH, sentencia del 28 de noviembre de 2012); ONU, proclamada por la Asamblea General su resolución 3384 (XXX), “Declaración sobre la Utilización del Progreso Científico y Tecnológico en Interés de la Paz y en Beneficio de la Humanidad” (1975), párr. 3.

⁶⁵⁸ REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 225.

⁶⁵⁹ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párrs. 6 y 7.

refiere tanto a los resultados materiales de la investigación científica como a los conocimientos y la información obtenida como resultado de la actividad científica sobre fenómenos que ocurren en la naturaleza o en la sociedad⁶⁶⁰. El derecho a gozar los beneficios del progreso científico incluye el poder recibir los “beneficios de las aplicaciones [de éste]”⁶⁶¹.

226. Algunas de las obligaciones básicas que los Estados deben cumplir de forma prioritaria derivadas de este derecho están relacionadas con la salud y la alimentación⁶⁶². Así, el Comité DESC estableció que los Estados deben asegurar el acceso a las aplicaciones de la ciencia que sean esenciales para el disfrute del derecho a la salud y otros derechos económicos, sociales y culturales, velar para que en la asignación de recursos se dé prioridad a la investigación relacionada con necesidades en materia de derechos a la salud, a la alimentación y otros DESC, especialmente frente a grupos en situación de vulnerabilidad. Igualmente, como parte de las obligaciones básicas, el Comité DESC identificó la de adoptar mecanismos para que las políticas públicas se alineen con la mejor evidencia científica disponible⁶⁶³, tomando en cuenta que el uso del conocimiento científico para la adopción de decisiones y políticas es un claro ejemplo de un beneficio de la ciencia⁶⁶⁴.
227. Adicionalmente, dado el vínculo entre el derecho a beneficiarse del progreso científico y sus aplicaciones, y el derecho a la salud, el Comité DESC ha recomendado a los Estados dar prioridad al progreso científico “para facilitar medios mejores y más accesibles de prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y lucha contra ellas”⁶⁶⁵, como las ENT, en consonancia con la obligación establecida en el artículo 12, párr. 2 c del PIDESC.
228. Adicionalmente, el Comité DESC ha considerado como obligaciones básicas de los Estados, difundir información científica exacta, abstenerse de desinformar o menospreciar la ciencia y adoptar mecanismos para proteger a la población de prácticas falsas, engañosas o basadas en pseudociencia, especialmente cuando éstas ponen en riesgo los DESC⁶⁶⁶. En esta línea, el Relator Especial de la ONU sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos (Relator sobre sustancias y desechos peligrosos) ha considerado que “el derecho a la ciencia exige que los gobiernos adopten medidas para evitar la exposición a sustancias peligrosas, basándose en el mejor saber científico disponible”⁶⁶⁷, y que el alinear las políticas públicas con la ciencia, requiere que el Estado acuda a personas investigadoras y estudios independientes, así como realizar revisiones de las mismas teniendo en cuenta el carácter evolutivo del conocimiento científico⁶⁶⁸. Este experto también ha advertido sobre que la posibilidad de que la sociedad se beneficie de los conocimientos científicos se ve “mermad[a] por la propagación de desinformación

⁶⁶⁰ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párrs. 4 y 8.

⁶⁶¹ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párr. 11.

⁶⁶² Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párr. 52.

⁶⁶³ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párr. 52.

⁶⁶⁴ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párr. 54.

⁶⁶⁵ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párr. 67.

⁶⁶⁶ Comité DESC. *Observación general No. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrs. 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* ONU E/C.12/GC/25 (30 de abril de 2020), párr. 52.

⁶⁶⁷ Orellana, “El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligroso”, párr. 10.

⁶⁶⁸ Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021, párr. 39.

científica”⁶⁶⁹ y por tácticas de “negación, distracción y distorsión”⁶⁷⁰ que suele ser usadas por determinadas empresas con el objeto de mantener sus productos peligrosos en el mercado a pesar de los riesgos que representan⁶⁷¹.

229. La REDESCA acoge lo dicho por el Relator sobre sustancias y desechos peligrosos, acerca de que los conflictos de interés “socavan la libertad y la responsabilidad científicas” y que “[c]uando los organismos reguladores no controlan, declaran o gestionan adecuadamente los conflictos de intereses, estos podrán permear el proceso regulatorio y menoscabar un entorno propicio para la ciencia.”⁶⁷² Al respecto, la REDESCA reitera el llamado del Comité DESC a los Estados para que adopten medidas para identificar, evitar y regular adecuadamente los conflictos de interés, sean éstos reales o aparentes, y en particular los que se generan en la formulación de políticas públicas⁶⁷³.
230. En virtud de la obligación de respeto, los Estados o sus agentes no deben interferir en el goce de los derechos. Por lo tanto, la REDESCA considera que al ser los conflictos de interés una fuente de riesgo para el efectivo goce de los derechos humanos, los Estados deben identificar, prevenir y regular el manejo de los conflictos de interés en que puedan estar inmersos sus agentes y quienes intervienen en el diseño, formulación e implementación de políticas públicas; asimismo, los Estados deben abstenerse de difundir o basar sus decisiones regulatorias y de política pública en evidencia afectada por conflictos de interés. Igualmente, deben adoptar medidas preventivas y regulatorias para evitar y abordar la difusión de información científica inexacta, tergiversada, o de pseudociencia por parte de personas o entes privados.
231. Debe recordarse que el conflicto de interés ha sido considerado por la CIDH como una forma de corrupción⁶⁷⁴. En el marco de la elaboración de este informe, se ha tenido conocimiento de prácticas de empresas de la industria alimentaria⁶⁷⁵ y tabacalera⁶⁷⁶ que financian, impulsan o de alguna manera intervienen o direccionan investigaciones científicas para beneficiar sus intereses comerciales o evitar que los mismos se vean afectados o beneficiados. La Relatoría Especial de la ONU sobre el derecho a la salud también ha identificado estas prácticas por parte de la industria alimentaria⁶⁷⁷. Dicha Relatoría ha instado a los Estados a ser transparentes, abordar la influencia indebida de las industrias a ser reguladas, y a usar los mejores conocimientos científicos disponibles libres de conflictos de interés al adoptar normativas y políticas que propendan por la salud pública⁶⁷⁸. En razón de lo anterior, se considera que los estudios científicos que sean considerados para el diseño, implementación y evaluación de políticas

⁶⁶⁹ Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021, párr. 3.

⁶⁷⁰ Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021,

⁶⁷¹ Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021,

⁶⁷² Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021, párr. 30.

⁶⁷³ Consejo de Derechos Humanos. *El derecho a la ciencia en el contexto de las sustancias tóxicas. Informe del Relator Especial sobre las implicaciones para los derechos humanos de la gestión y eliminación ambientalmente racionales de las sustancias y los desechos peligrosos*, Marcos Orellana, 26 de julio de 2021, párr. 53.

⁶⁷⁴ CIDH. *Corrupción y derechos humanos*, 2019, OEA/Ser.L/V/II. párr. 105 disponible en [CorrupcionDDHHES.pdf \(oas.org\)](#)

⁶⁷⁵ Melissa Mialon, “An Overview of the Commercial Determinants of Health”, *Globalization and Health* 16, núm. 1 (diciembre de 2020): p. 4.

⁶⁷⁶ WHO, Framework Convention on Tobacco Control, “Guidelines for implementation, articles 5.3, 8, 9, 10, 11, 12, 12 and 14”, 2013, núm. 1; Report of the Committee of Experts on Tobacco Industry Documents, “Tobacco Company Strategies to Undermine Tobacco Control Activities at the World Health Organization”, 2000).

⁶⁷⁷ Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, párr. 30.

⁶⁷⁸ Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Comentario relativo a la pandemia de COVID-19* Daniel Púras, 16 de julio de 2020, párr. 41.

públicas en materia de ENT o para regular algún factor de riesgo a ellas asociadas, deben estar libres de conflictos de interés.

232. La REDESCA recuerda que los Estados deben tomar en cuenta la mejor evidencia científica libre de conflicto de interés, tanto sobre la existencia de problemáticas de derechos humanos a ser abordadas, como en relación con medidas efectivas para afrontarlas. En el contexto de las ENT, la evidencia científica debe ser abordada seriamente por los Estados ante su impacto en los derechos humanos. Las medidas adoptadas dirigidas a prevenir, tratar y controlar las ENT deben estar alineadas con la mejor evidencia científica disponible libre de conflictos de interés en la materia, sin que ello implique que en circunstancias en que la evidencia científica sobre la efectividad de una medida particular sea incipiente o todavía se esté desarrollando, los Estados puedan omitir su obligación de garantía y de adoptar medidas.

f. El derecho a contar con recursos efectivos

233. El artículo 25 de la CADH establece el derecho a la protección judicial y la obligación de los Estados de ofrecer a todas las personas en su jurisdicción un recurso judicial sencillo, rápido y efectivo contra actos violatorios de sus derechos humanos⁶⁷⁹. La Corte Interamericana ha evidenciado la interrelación existente entre el artículo 25 y el 8, relativo a las garantías judiciales, y cómo de acuerdo con este último precepto, los recursos deben ser sustanciados de conformidad con las reglas del debido proceso⁶⁸⁰.
234. Como ha dicho la Corte IDH, contar con un recurso efectivo es uno de los pilares básicos de la CADH y del propio Estado de Derecho en una sociedad democrática⁶⁸¹. El derecho a un recurso efectivo no debe interpretarse solo en el sentido de un recurso judicial, sino que puede abarcar recursos administrativos⁶⁸². Así, los Estados deben garantizar la existencia de mecanismos judiciales y extrajudiciales que resulten eficaces para remediar las violaciones a los derechos humanos⁶⁸³. Para que un recurso sea efectivo debe ser: (i) capaz de determinar la existencia de violaciones a derechos fundamentales; (ii) contar con la posibilidad de remediarlas; (iii) y tener la posibilidad de reparar el daño causado y de permitir el castigo de los responsables⁶⁸⁴. Asimismo, los recursos no son efectivos si por “las condiciones generales del país o incluso por las circunstancias particulares de un caso dado, resulten ilusorios”⁶⁸⁵. La Corte IDH ha considerado que esto ocurre, por ejemplo, cuando la inutilidad de los recursos haya quedado demostrada por la práctica, porque falten los medios para ejecutar sus decisiones o por cualquier otra situación que configure un cuadro de denegación de justicia⁶⁸⁶.
235. En diversas sentencias, la Corte IDH ha abordado la necesidad de contar con recursos sencillos, rápidos y efectivos que amparen contra violaciones a derechos humanos, incluidos los DESC⁶⁸⁷. En materia de salud, conforme a la jurisprudencia de la Corte Interamericana, la REDESCA señala que los Estados deben contar con recursos efectivos en caso de negación de asistencia sanitaria por parte de prestadores de servicios de salud o aseguradoras⁶⁸⁸. En particular, en el contexto de las actividades empresariales, el

⁶⁷⁹Corte IDH Caso Maldonado Ordóñez Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, No. Serie C No. 311 (Corte IDH sentencia del 3 de mayo de 2016); CIDH, “Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”, 2019, párr. 123.

⁶⁸⁰ Corte IDH Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo (Corte IDH sentencia del 29 de julio de 1988).

⁶⁸¹Corte IDH Caso de los “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala. Fondo (Corte IDH sentencia del 19 de noviembre de 1999).

⁶⁸²Comité DESC. *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Proyecto de Observación general N° 9. La aplicación interna del Pacto ONU 3 E/C.12/1998/24* (3 de diciembre de 1998), párr. 9.

⁶⁸³Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021).

⁶⁸⁴CIDH. *El acceso a la justicia como garantía de los derechos económicos, sociales y culturales: estudio de los estándares fijados por el sistema interamericano de derechos humanos*, el 7 de septiembre de 2007, párr. 248; REDESCA- CIDH, *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 124.

⁶⁸⁵REDESCA-CIDH, *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 125.

⁶⁸⁶Corte IDH. Caso Maldonado Ordóñez Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas párr. 109.

⁶⁸⁷Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021); Caso XimenesLopes Vs. Brasil, Sentencia (Corte IDH el 4 de julio de 2006); Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021) párr. 87.

⁶⁸⁸Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párrs. 88 y 89.

Comité DESC ha llamado a los Estados a adoptar todas las medidas necesarias para proteger contra la vulneración de los derechos consagrados en el PIDESC y contemplar recursos “preferiblemente judiciales”⁶⁸⁹, efectivos y rápidos⁶⁹⁰; así como proporcionar los medios adecuados de reparación a las personas o grupos perjudicados, “y asegurar la rendición de cuentas de las empresas”⁶⁹¹.

236. Para asegurar el acceso a un recurso efectivo en el contexto de las actividades de empresas transnacionales, la CIDH y la REDESCA considera que los Estados pueden requerir el establecimiento de regímenes jurídicos de responsabilidad compartida de la empresa matriz o del grupo empresarial, ofrecer asistencia jurídica y otros sistemas de financiación a la parte demandante, permitir las demandas colectivas relacionadas con los derechos humanos y los litigios de interés público. También es importante asegurar el acceso a la información mediante legislación de divulgación obligatoria y normas de procedimiento que permitan a las víctimas obtener la divulgación de pruebas en poder de la empresa acusada, incluso invertir la carga de la prueba cuando la empresa demandada tenga conocimiento o control exclusivo de la totalidad o parte de los hechos y datos pertinentes para resolver una reclamación⁶⁹².
237. Por su parte, el Comité DESC ha hecho énfasis en que toda persona o grupo de personas que sea víctima de una violación del derecho a la salud debe contar con recursos judiciales efectivos, además de tener acceso a una reparación adecuada⁶⁹³. Otros instrumentos, como las Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, afirman que “[t]oda persona o grupo víctima de una violación a los derechos económicos, sociales y culturales debería tener acceso a recursos legales eficaces o a otros recursos adecuados a nivel nacional e internacional”⁶⁹⁴.
238. Tal y como lo ha hecho anteriormente, la REDESCA reconoce que los Estados deben proporcionar medios adecuados de reparación a las personas y grupos afectados y garantizar la rendición de cuentas de las empresas⁶⁹⁵. En razón de lo anterior, es necesario “que haya recursos disponibles, efectivos y rápidos, así como el acceso a información pertinente que permita resolver una denuncia”⁶⁹⁶.

E. El marco jurídico interamericano en materia de empresas y derechos humanos

239. El rol de las actividades empresariales consistentes en producir, comercializar y promover productos no saludables que tienen efectos nocivos en la salud al estar vinculados con el desarrollo de ENT, así como el rol de las empresas en la prestación de servicios de salud⁶⁹⁷, hace relevante considerar el marco de las responsabilidades empresariales en el derecho internacional de los derechos humanos.
240. Corresponde a las empresas evitar que sus actividades “provoquen o contribuyan a provocar violaciones a derechos humanos, y adoptar medidas dirigidas a subsanar dichas violaciones”⁶⁹⁸. Como lo ha mencionado la Corte IDH, “son las empresas las primeras encargadas de tener un comportamiento responsable en las actividades que realicen (...) deben adoptar, por su cuenta, medidas preventivas para

⁶⁸⁹Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párrs. 14 y 38.

⁶⁹⁰Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) párr. 41.

⁶⁹¹Comité DESC. *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) párr. 39.

⁶⁹²REDESCA-CIDH, “*Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*”, 2019, párr. 134.

⁶⁹³Comité DESC, “*Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*” ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 59.

⁶⁹⁴“Directrices de Maastricht sobre Violaciones a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales” (Maastricht, el 22 de enero de 1997), párr. 22.

⁶⁹⁵REDESCA-CIDH, “*Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*”, 2019, citando al Comité DESC, *Observación General No 24, sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales* ONU E/C.12/GC/24 (10 de agosto de 2017), para 39.

⁶⁹⁶REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, párr. 124.

⁶⁹⁷Véase, por ejemplo, Corte IDH Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 92; Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, Sentencia (Corte IDH el 4 de julio de 2006), párr. 141.

⁶⁹⁸Corte IDH Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 85.

la protección de los derechos humanos (...) así como aquellas dirigidas a evitar que sus actividades tengan impactos negativos en las comunidades en que se desarrollen o en el medio ambiente”⁶⁹⁹.

241. En virtud de la obligación de garantía de los derechos humanos y los deberes concomitantes, los Estados deben actuar con debida diligencia⁷⁰⁰ al adoptar todas las medidas apropiadas para prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos por parte de terceros⁷⁰¹. Particularmente, en relación con el deber de regulación, los Estados deben establecer marcos normativos dirigidos a las empresas para que éstas tomen medidas para evitar que sus actividades tengan impactos negativos en el medio social o medio ambiente en que se desarrollan, realicen “evaluaciones continuas respecto a los riesgos a los derechos humanos”⁷⁰² que sus actividades generan, y respondan mediante medidas eficaces y proporcionales de mitigación de los riesgos causados por sus actividades y con mecanismos de rendición de cuentas⁷⁰³.
242. En ese sentido, algunas de las medidas destinadas a las empresas que los Estados deben adoptar son: “a) políticas apropiadas para la protección de los derechos humanos; b) procesos de diligencia debida en relación con los derechos humanos para la identificación, prevención y corrección de violaciones a los derechos humanos, así como para garantizar el trabajo digno y decente; y c) procesos que permitan a la empresa reparar las violaciones a derechos humanos que ocurran con motivo de las actividades que realicen, especialmente cuando estas afectan a personas que viven en situación de pobreza o pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad”⁷⁰⁴.
243. Como lo han reconocido la Comisión y la REDESCA previamente, los procesos de debida diligencia⁷⁰⁵ que las empresas han de seguir deben identificar, prevenir y mitigar las consecuencias negativas de sus actividades sobre los derechos humanos, así como asegurar la rendición de cuentas por las consecuencias negativas que “hayan provocado o contribuido a provocar mediante sus decisiones y operaciones en el disfrute de los derechos humanos”⁷⁰⁶. Se trata de una obligación que debe ser adoptada por las empresas y regulada por el Estado⁷⁰⁷. Esta responsabilidad existe con independencia del tamaño o sector de las empresas, y puede diferir en función de su actividad y del riesgo creado⁷⁰⁸. En esta misma línea, los Principios Rectores⁷⁰⁹, se refieren a la responsabilidad de las empresas de identificar, prevenir

⁶⁹⁹ Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021) párr. 51.

⁷⁰⁰Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras. Fondo (Corte IDH sentencia del 29 de julio de 1988), párr. 172.

⁷⁰¹ En ese sentido, se recuerda que, de acuerdo con la jurisprudencia interamericana, “ los Estados deben adoptar medidas destinadas a que las empresas cuenten con: a) políticas apropiadas para la protección de los derechos humanos; b) procesos de diligencia debida para la identificación, prevención y corrección de violaciones a los derechos humanos, así como para garantizar el trabajo digno y decente; y c) procesos que permitan a la empresa reparar las violaciones a derechos humanos que ocurran con motivo de las actividades que realicen, especialmente cuando estas afectan a personas que viven en situación de pobreza o pertenecen a grupos en situación de vulnerabilidad. El Tribunal considera que, en este marco de acción, los Estados deben impulsar que las empresas incorporen prácticas de buen gobierno corporativo con enfoque *stakeholder* (interesado o parte interesada), que supongan acciones dirigidas a orientar la actividad empresarial hacia el cumplimiento de las normas y los derechos humanos, incluyendo y promoviendo la participación y compromiso de todos los interesados vinculados, y la reparación de las personas afectadas”. Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021), párr 49.

⁷⁰²Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021) párr. 51.

⁷⁰³Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021) párr. 51.

⁷⁰⁴Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 86.

⁷⁰⁵ En el contexto de los Principios Rectores la diligencia debida en materia de derechos humanos constituye un proceso continuo de gestión que una empresa prudente y razonable debe llevar a cabo, a la luz de sus circunstancias (como el sector en el que opera, el contexto en que realiza su actividad, su tamaño y otros factores) para hacer frente a su responsabilidad. Véase ONU, Oficina del Alto Comisionado, “La responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos. Guía para la interpretación.”, 2012, 12.

⁷⁰⁶REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, párr. 117; Corte IDH Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021) párrs. 48 y 51.

⁷⁰⁷Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, párr. 88.

⁷⁰⁸Corte IDH. Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras (Corte IDH setencia del 31 de agosto de 2021) párr. 48; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 85.

⁷⁰⁹ Se recuerda que estos Principios han sido incorporados por la Corte IDH en su análisis sobre las obligaciones estatales en diversas sentencias “por ser fundamentales en la determinación del alcance de las obligaciones en materia de derechos humanos de los

y mitigar las consecuencias negativas, reales o potenciales de sus actividades y de aquellas relacionadas con sus “operaciones, productos o servicios”⁷¹⁰, lo cual debe hacerse de manera transparente⁷¹¹. Las consecuencias negativas pueden ser causadas directa o indirectamente por las empresas, a través de una participación directa, una contribución o, incluso, por sus socios comerciales, a pesar de no haber contribuido a generarlos⁷¹².

244. La REDESCA ha tenido conocimiento del uso de diferentes acciones de publicidad y promoción⁷¹³, directa e indirecta, para incentivar el consumo de productos que tienen consecuencias perjudiciales en la salud por estar asociadas al desarrollo de ENT, como el tabaco, el alcohol, y productos comestibles y bebidas no saludables⁷¹⁴. Uno de los ejemplos más reportado a la Relatoría Especial es la existencia de campañas publicitarias de productos comestibles y bebidas no saludables dirigidas o a las que son expuestos NNA⁷¹⁵.
245. En relación con el tabaco, la REDESCA recuerda que el Convenio Marco, ha establecido la obligación de los Estados parte⁷¹⁶, de prohibir toda forma de promoción, publicidad y patrocinio de productos de tabaco, y en caso de que su marco constitucional no lo permita, adoptar restricciones amplias de estas actividades. Por otra parte, se ha identificado que las empresas que fomentan el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido de azúcar entre NNA contribuyen a generar consecuencias negativas para los derechos humanos⁷¹⁷. Debido a que las actividades de publicidad y promoción de productos asociados al desarrollo de ENT, por sí mismas pueden crear o incrementar un riesgo para los derechos humanos, deben ser parte de la regulación de actividades empresariales, así como de los procesos de debida diligencia interna de las empresas.
246. Asimismo, la REDESCA considera que entre las regulaciones referidas a las actuaciones empresariales que deben adoptar los Estados en virtud de su obligación de garantía, y como parte de los procesos de debida diligencia que deben realizar las empresas, debe incluirse la relativa a la intervención empresarial en procesos de toma de decisiones por parte del Estado⁷¹⁸. En ese sentido, el Grupo de Trabajo de la ONU sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas (Grupo de Trabajo sobre Empresas y Derechos Humanos) ha señalado que “las actividades de participación política de las empresas repercuten en los derechos humanos, al igual que cualquier otro

Estados y las empresas”, véase Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras. Sentencia (Corte IDH sentencia del 31 de agosto de 2021) párr. 47.

⁷¹⁰ONU/OACDH, *Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos*, 16 de junio de 2011, pp. 13 y 18 disponible en [guidingprinciplesbusinesshr_sp.pdf\(ohchr.org\)](https://www.ohchr.org/es/doc/default.aspx?docid=12345)

⁷¹¹ ONU/OACDH, *Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos*, 16 de junio de 2011, núm. 21; Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*, 20 de julio de 2022, párr. 85.

⁷¹²ONU, OACDH, *Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos*, 16 de junio de 2011, pp. 17 y 18 disponible en [guidingprinciplesbusinesshr_sp.pdf\(ohchr.org\)](https://www.ohchr.org/es/doc/default.aspx?docid=12345)

⁷¹³La promoción puede ser entendida como “cualquier forma de comunicación comercial, mensaje o acción que publicite o promueva de otra manera un producto o servicio, o su marca relacionada, y esté diseñado para aumentar, o tenga el efecto de aumentar, el reconocimiento, el atractivo y/o el consumo de productos o servicios” (*traducción propia*). VéaseWHO “WHO Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline” (2023).

⁷¹⁴ Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos* Boyd; “Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, párr. 11.

⁷¹⁵Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre la cuestión de las obligaciones de derechos humanos relacionadas con el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible. Alimentos sanos y sostenibles: reducir el impacto ambiental de los sistemas alimentarios en los derechos humanos* Boyd, párr. 77; UNICEF. *Nota técnica. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños, niñas y adolescentes*. México, 2021.

⁷¹⁶ OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2005), art. 13. Adoptado por unanimidad por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo del 2003

⁷¹⁷ONU/OACDH, *Principios rectores sobre las empresas y los derechos humanos*, 16 de junio de 2011, p 21 disponible en [guidingprinciplesbusinesshr_sp.pdf\(ohchr.org\)](https://www.ohchr.org/es/doc/default.aspx?docid=12345) p

⁷¹⁸Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*. párr. 77.

aspecto de las actividades empresariales⁷¹⁹, y particularmente, la participación política de las empresas cuyos productos o servicios acarrear riesgos “elevados e inherentes” para la salud de las personas o el medio ambiente puede tener efectos más adversos⁷²⁰, como sucede con las “industrias del alcohol, el tabaco, los combustibles fósiles y los alimentos y bebidas ultra procesados”⁷²¹. Por esa causa, se ha recomendado a los Estados promulgar leyes que mandaten procesos de debida diligencia en materia de derechos humanos que sean aplicables explícitamente a las actividades de participación política de las empresas⁷²².

247. Así, deben identificarse y abordarse los riesgos que la participación de las empresas en los procesos de formulación de políticas públicas puede acarrear para los derechos humanos, particularmente cuando el objetivo de su intervención es inconsistente con su deber de respetar los derechos humanos. Igualmente, el Grupo de Trabajo sobre Empresas y Derechos Humanos ha considerado que prevenir la influencia indebida de intereses privados, requiere fortalecer la transparencia, así como la supervisión independiente de los procesos de toma de decisiones públicas⁷²³. La ausencia de regulación estatal en materia de debida diligencia y de mecanismos de supervisión facilita el ejercicio de influencia por parte de empresas en la adopción de normativas y de políticas públicas.
248. En el contexto de la prevención y manejo de las ENT, la prevención y regulación de la influencia indebida de actores empresariales es fundamental, teniendo en cuenta los reportes que ha conocido esta CIDH sobre diversas prácticas dirigidas a evitar o debilitar regulaciones, o a dilatar su implementación. Así, en la evaluación de mitad de periodo de la ejecución del Plan de Acción Mundial 2013-2020 para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (PAM-ENT)⁷²⁴ se reportó como preocupación la inadecuada gestión de los conflictos de intereses en la implementación de políticas, en particular, se destacó que se han dado caso de “injerencias de la industria⁷²⁵ que impiden avanzar en la prevención y el control de las ENT”⁷²⁶.
249. La REDESCA ha identificado prácticas corporativas, como el cabildeo y las denominadas puertas giratorias⁷²⁷, que tienen la finalidad de presionar e influenciar la toma de decisiones de las autoridades competentes para “debilitar regulaciones [y] priorizar el desarrollo de determinadas actividades”⁷²⁸. En materia de salud, se han identificado prácticas corporativas tendentes a impedir la adopción o implementación de ciertas políticas públicas, como el etiquetado de advertencia en ciertos productos

⁷¹⁹Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*. párr. 3.

⁷²⁰Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*. párr. 14.

⁷²¹Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*.

⁷²²Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*. párr. 78.

⁷²³Grupo de Trabajo sobre la cuestión de los derechos humanos y las empresas transnacionales y otras empresas, *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos*., párr. 22.

⁷²⁴OMS, “66.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones.” (Ginebra, el 20 de mayo de 2013), 17.

⁷²⁵ En particular, la OMS cita como ejemplos la industria del tabaco, del alcohol, de los alimentos procesados y los sucedáneos de la leche materna. Véase OMS, 74a Asamblea Mundial de la Salud, “Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Evaluación de la mitad de periodo de ejecución del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”, el 15 de abril de 2021, párr. 27.

⁷²⁶ OMS, 74a Asamblea Mundial de la Salud (n 23), párr. 26.

⁷²⁷ Ilona Kickbusch, Luke Allen, y Christian Franz, “The Commercial Determinants of Health”, *The Lancet Global Health* 4, núm. 12 (diciembre de 2016): 1; OACDH/ONU *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, el 1 de abril de 2014, párr. 30; Melissa Mialon, “An Overview of the Commercial Determinants of Health”, *Globalization and Health* 16, núm. 1 (diciembre de 2020): 4, <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00607-x>; Keiko Marshall et al., “The Role of the Private Sector in Noncommunicable Disease Prevention and Management in Low- and Middle-Income Countries: A Series of Systematic Reviews and Thematic Syntheses”, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being* 18, núm. 1 (el 31 de diciembre de 2023): 2156099.

⁷²⁸CIDH. *Corrupción y derechos humanos*, 2019, párr. 173.

comestibles y la fijación de una edad mínima legal para consumir alcohol, ambas medidas destinadas a prevenir el desarrollo de las ENT⁷²⁹. Asimismo, la REDESCA fue informada de las acciones implementadas por ciertos sectores de la industria de alimentos y bebidas a efecto de impedir, bloquear, dilatar y desnaturalizar la correcta aprobación e implementación de medidas orientadas a mejorar la salud pública, entre las que se encuentra la tributación de bebidas azucaradas⁷³⁰.

250. Por otra parte, la REDESCA considera que el fenómeno de la captura del Estado es una práctica particularmente perversa para los derechos humanos, frente a la que los Estados deben adoptar medidas. En su informe temático *Corrupción y derechos humanos* la CIDH conceptualizó a la captura del Estado como una forma de corrupción en la que los actores privados tienen el poder para “influir en la toma de decisiones de las autoridades estatales y obtienen un beneficio de dicho poder decisorio, generando una situación de dependencia”⁷³¹. De este modo, la captura del Estado debilita el Estado de derecho e incapacita a las autoridades a tomar medidas para cumplir con sus obligaciones estatales en materia de derechos humanos.
251. La captura del Estado, así como otras formas de corrupción, tiene efectos particularmente nocivos en los DESCAs, incluidos el derecho a la salud, a la alimentación y al agua, por la disminución de recursos disponibles para la progresiva realización de los DESCAs que provoca, lo que, a su vez, puede tener impactos desproporcionados para las personas y grupos más vulnerables⁷³². En específico, sobre el derecho a la alimentación y al agua, la CIDH ha reconocido expresamente que las prácticas corruptas restringen la disponibilidad y calidad de los productos alimenticios o las fuentes hídricas⁷³³.

F. La materialización del deber de regulación, supervisión y fiscalización en relación con las ENT

252. En esta sección, se abordará principalmente la materialización de los deberes de regular, supervisar y fiscalizar las actividades de terceros para evitar la vulneración de derechos humanos, como parte de la obligación de garantizarlos, en el contexto de las ENT y los factores de riesgo a ellas asociados. Como se señaló anteriormente en este informe, la obligación de garantía no se agota en la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el ejercicio de derechos, sino que requiere una conducta gubernamental que asegure la existencia de condiciones para el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos en la realidad⁷³⁴. Así, la obligación se materializa en dos vertientes; por un lado, la expedición de normas que provean garantías para la realización de derechos y; por el otro, el desarrollo de prácticas conducentes a la observancia de dichas garantías⁷³⁵. Esto implica un deber de los Estados de, primero, regular y, luego, implementar mecanismos de supervisión y fiscalización adecuados, que prevengan de manera efectiva la vulneración de derechos y promuevan su plena realización.
253. En el ámbito de las ENT, se ha establecido previamente que el consumo de ciertos productos como el tabaco, el alcohol o los productos comestibles y bebidas no saludables, son factores de riesgo modificables para el desarrollo de estas enfermedades, y por lo tanto tienen impactos negativos para los derechos humanos. En este tenor, las prácticas empresariales de producción, comercialización y promoción de estos productos deben ser apropiadamente reguladas, supervisadas y fiscalizadas para

⁷²⁹ Kickbusch, Allen, y Franz, “The Commercial Determinants of Health”, 1; Isabel Barbosa, Belén Ríos, y Tovar Ariadna, “State Obligations in the Context of Unhealthy Diets: Paving the Way within the Inter-American Human Rights System”, *Revista Internacional de Derechos Humanos* 11, núm. 1 (2021): 13; Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo y El Poder del Consumidor, “La interferencia de la industria es novicia para la salud. Estrategias corporativas contra el etiquetado frontal de advertencia: un estudio comparado de Chile, Perú, México y Uruguay” (México, 2020).

⁷³⁰ CIDH. *Audiencia temática. Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe*, vol. 182º periodo de sesiones, 2021.

⁷³¹ CIDH. *Audiencia temática. Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe*, vol. 182º periodo de sesiones, 2021. párr. 109.

⁷³² ONU. *Informe final del Comité Asesor del Consejo de Derechos Humanos sobre las consecuencias negativas de la corrupción en el disfrute de los derechos humanos*, el 5 de enero de 2015, párrs. 18 y 20; CIDH. *Corrupción y derechos humanos*, párr. 6.

⁷³³ CIDH. *Corrupción y derechos humanos*, 2019, párr. 173.

⁷³⁴ Corte IDH. *Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras*. Fondo (Corte IDH el 29 de julio de 1988); *Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras*. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 43; *Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas* (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 82.

⁷³⁵ Corte IDH. *Caso de los Buzos Miskitos (Lemoth Morris y otros) Vs. Honduras*. Sentencia (Corte IDH el 31 de agosto de 2021), párr. 45.

dar cumplimiento a la obligación de garantía contenida en el artículo 1.1. de la CADH, en concordancia con la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno contenida en el artículo 2 del mismo instrumento.

254. Lo anterior es particularmente pertinente si se tiene en cuenta que las prácticas empresariales están frecuentemente orientadas a promover activamente el consumo de estos productos perjudiciales para la salud mediante tácticas de mercadotecnia penetrantes, agresivas y a menudo especialmente dirigidas a poblaciones vulnerables⁷³⁶. Además, las industrias asociadas a los diferentes factores de riesgo operan con tácticas similares y compartidas a pesar de la diversidad de productos que ofrecen⁷³⁷, por lo que, como se mencionó anteriormente, la conducta de éstas debe ser abordada como parte de los determinantes comerciales de la salud⁷³⁸.
255. Las mencionadas obligaciones son coherentes con la obligación de protección desarrollada por el Comité DESC frente al actuar de entes privados cuyas actividades tienen impactos adversos en los derechos humanos. En este marco, el mencionado Comité ha destacado que no prevenir o no contrarrestar el accionar de actores privados que conculquen derechos o puedan previsiblemente hacerlo constituye una vulneración de la obligación de protección⁷³⁹. Asimismo, en particular en materia de salud, dicho Comité ha considerado que una omisión estatal que genera el incumplimiento de la obligación de proteger es la de no “disuadir la producción, la comercialización y el consumo de tabaco, estupefacientes y otras sustancias nocivas”⁷⁴⁰. Concordantemente, en ocasión de la audiencia temática regional sobre el “Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe”, la CIDH y la REDESCA consideraron, entre otras cosas, que los Estados tienen la obligación de inspeccionar y monitorear las empresas alimentarias⁷⁴¹.
256. Igualmente, en el ámbito de la prestación de servicios de salud, los Estados tienen la obligación de regular, supervisar y fiscalizar toda la asistencia de salud para asegurar servicios y bienes de salud para todas las personas, incluyendo aquellas que padecen ENT⁷⁴², conforme a los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad del derecho a la salud⁷⁴³. Lo anterior es independiente de si el prestador del bien o el servicio de salud es el Estado o un particular, conforme la obligación de prevenir que terceros interfieran indebidamente en el goce del derecho a la salud, particularmente frente a

⁷³⁶Véase, porejemplo: Ce Zhang y Maristela Monteiro, “Tactics and practices of the alcohol industry in Latin America: What can policy makers do?”, *International Journal of Alcohol and Drug Research* 2, núm. 2 (el 1 de mayo de 2013): 75–81; Cati G Brown-Johnson et al., “Tobacco industry marketing to low socioeconomic status women in the USA”, *Tobacco Control* 23, núm. e2 (el 1 de noviembre de 2014); D E Apollonio y R E Malone, “Marketing to the Marginalised: Tobacco Industry Targeting of the Homeless and Mentally Ill”, *Tobacco Control* 14, núm. 6 (Diciembre de 2005): 409; Lisa M. Powell, Roy Wada, y Shiriki K. Kumanyika, “Racial/ethnic and income disparities in child and adolescent exposure to food and beverage television ads across the US media markets”, *Health & place* 29 (2014): 124–31; Jennifer L. Harris et al., “Report detailing 22 companies’ targeted food and beverage marketing to communities of color”, *Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity*, 2014. Grilo, Grazielle, Elizabeth Crespi, y Joanna E Cohen. “A scoping review on disparities in exposure to advertising for e-cigarettes and heated tobacco products and implications for advancing a health equity research agenda”. *International journal for equity in health* 20, núm. 1 (2021).

⁷³⁷ Jennifer L Harris, “Targeted Food Marketing to Black and Hispanic Consumers: The Tobacco Playbook”, *American journal of public health* (1971) 110, núm. 3 (2020): 271–72; Kim H. Nguyen et al., “Transferring racial/ethnic marketing strategies from tobacco to food corporations: Philip Morris and Kraft General Foods”, *American journal of public health* 110, núm. 3 (2020): 329–36; Geoffrey Supran y Naomi Oreskes, “Rhetoric and frame analysis of ExxonMobil’s climate change communications”, *One Earth* 4, núm. 5 (el 21 de mayo de 2021): 696–719.

⁷³⁸ Para un ejemplo de cómo los determinantes comerciales de la salud se aplican en el campo de las ENT, véase por ejemplo, Knai, Cécile et al. “Systems thinking as a framework for analyzing commercial determinants of health”. *The Milbank Quarterly* 96, núm. 3 (2018): 472–98; Mialon, Melissa. “An overview of the commercial determinants of health”. *Globalization and Health* 16, núm. 1 (Agosto de 2020): 74.

⁷³⁹ Comité DESC, *Observación General No 24, sobre las obligaciones de los Estados en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el contexto de las actividades empresariales*, ONU E/C.12/GC/24 (10 de agosto de 2017), párr. 18.

⁷⁴⁰ Comité DESC, *Observación General No. 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* ONU E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 51.

⁷⁴¹ CIDH . *Derecho a la alimentación, a la vida, a la salud de niños, niñas y adolescentes en países de América Latina y el Caribe*, vol. 182º periodo de sesiones, 2021. Véase CIDH, “Anexo Comunicado de Prensa 344/21 - 182 Periodo de Sesiones”, 2021.

⁷⁴² Corte IDH. Caso XimenesLopes Vs. Brasil, Sentencia (Corte IDH el 4 de julio de 2006); Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 89.

⁷⁴³ Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 100.

grupos en situación de vulnerabilidad⁷⁴⁴. Además, con independencia de los deberes anteriormente derivados de la obligación de garantía, los Estados también tienen la obligación de regular y fiscalizar los servicios de salud como parte de su deber de respeto. Esto se debe a que la salud es un bien público cuya protección está a cargo del Estado, por lo que las instituciones privadas que actúan en la esfera de la salud lo hacen ejerciendo atribuciones inherentes al poder público⁷⁴⁵.

257. En relación con el uso del tabaco, y el consumo de alcohol y de productos comestibles y bebidas no saludables, la REDESCA recomienda a los Estados tomar medidas para reducir el atractivo, la disponibilidad, la asequibilidad, la exposición y el acceso a estos productos. Lo anterior puede materializarse en intervenciones regulatorias diversas. No obstante, tomando en cuenta el contenido del derecho a la salud, en relación con el derecho a beneficiarse del progreso científico, esta REDESCA reitera que dichas elecciones regulatorias deben hacerse de conformidad con la mejor evidencia científica disponible y libre de conflictos de interés. Asimismo, tales regulaciones deben adoptarse en concordancia con el marco internacional de derechos humanos, en particular, los principios de igualdad y no discriminación y transparencia. Igualmente, estas medidas deben prever mecanismos de monitoreo y evaluación, así como de rendición de cuentas tanto de tomadores de decisión como de sujetos regulados.
258. La REDESCA toma nota de que existen varias medidas recomendadas por los organismos de salud pública mundiales y regionales⁷⁴⁶ que materializan el deber de regulación en el contexto de la prevención de las ENT, particularmente respecto a los factores de riesgo para su desarrollo⁷⁴⁷. Diversos organismos de salud pública⁷⁴⁸ y de derechos humanos⁷⁴⁹ han recalcado que las ENT son un problema que debe ser abordado por el Derecho Internacional de los Derechos Humanos (DIDH), el cual tiene el potencial de influir en el actuar estatal por medio de los sistemas de supervisión y rendición de cuentas ahí previstos. Es decir, el marco legal del DIDH ha sido considerado por diversos actores internacionales como esencial para abordar la problemática de las ENT y los factores de riesgo a ellas asociadas, así como un principio general de las estrategias para la prevención y control de las ENT⁷⁵⁰.
259. En virtud de la obligación de garantía en conjunto con la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno, la REDESCA considera que los Estados pueden utilizar las herramientas fiscales a su disposición,

⁷⁴⁴Corte IDH. Caso XimenesLopes Vs. Brasil (Corte sentencia del 4 de julio de 2006). párr. 99; Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH el 1 de octubre de 2021), párr. 89.

⁷⁴⁵Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 92.

⁷⁴⁶ OMM/OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*, 2014; OMS y OPS, *Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, el 9 de septiembre de 2013; OPS, *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*, 2020; OMS. *"Lucha contra las ENT. Mejores inversiones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles"*, 2017.

⁷⁴⁷ OMS. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*, 27 de mayo de 2013, WHA66.10; OMS y OPS, *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019*; OMS. Adoptado por unanimidad por la 56ª Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo del 2003, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (2005); OPS, *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*, 2014; OPS, *Impuestos saludables: guía breve (síntesis de política de la OMS)*, 2020; OMS, *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*, 2010; OPS, "Technical Note: Background on alcohol marketing regulation and monitoring for the protection of public health", 2017; OMS, "Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet", 2021; OPS, *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*.

⁷⁴⁸ Véase WHO, *Ambition and action in nutrition 2016-2025*, 2017, pp. 29 y 30; OPS. "Exposure to Secondhand Smoke in the Americas. A Human Rights Perspective", 2009.

⁷⁴⁹ Véase, por ejemplo High-Level Meeting of the General Assembly, "Political declaration of the 3rd High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases", ONU A/66/L.1 (16 de septiembre de 2011); Comité de los Derechos del Niño, *Observación General 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, ONU CRC/C/GC/15 (el 17 de abril de 2013); Comité DESC, "Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina", Doc. de la ONU E/C.12/ARG/CO/4 (el 1 de noviembre de 2018); Comité DESC, "Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Mauricio", Doc. de la ONU E/C.12/MUS/CO/5 (el 5 de abril de 2019); Anand Grover, "Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud", de abril de 2014; Hilal Elver, "Informe provisional de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación" (agosto de 2016), Doc. de la ONU A/71/282.

⁷⁵⁰ Ibid.

como los impuestos saludables⁷⁵¹ y los subsidios a alimentos saludables⁷⁵², para modificar los factores de riesgo que generan las ENT, y de este modo facilitar que las personas gocen del máximo nivel posible de salud. Las medidas dirigidas a disminuir la asequibilidad de productos no saludables y a promover alternativas saludables, cuando existan, parten de la base de que el precio de los productos influencia su consumo⁷⁵³. Asimismo, dan cuenta de que manipulaciones en el precio de productos no saludables son a menudo utilizadas como estrategias para promover su consumo⁷⁵⁴.

260. La Relatoría Especial recuerda que la OMS y la OPS han recomendado la adopción de impuestos frente al tabaco y las bebidas alcohólicas⁷⁵⁵, así como frente a las bebidas azucaradas y otros productos ultra procesados⁷⁵⁶. Igualmente, ha recomendado adoptar subsidios para incentivar el consumo de alimentos saludables⁷⁵⁷ y ha considerado que “la reforma de subsidios a los combustibles fósiles y la aplicación de impuestos adecuados permitiría reducir las muertes por contaminación atmosférica en más de 50% en todo el mundo.”⁷⁵⁸
261. En igual sentido se han pronunciado diversos organismos de derechos humanos. En el 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas expresó su preocupación sobre el aumento de las ENT a nivel global, recomendado a los países tomar acción para reducir los efectos de los factores de riesgo, entre éstas, medidas fiscales⁷⁵⁹. El Comité DESC ha expresado similar preocupación en diversas oportunidades⁷⁶⁰, recomendando medidas efectivas para disuadir el consumo de productos dañinos para la salud; entre ellas, impuestos al tabaco y a los productos comestibles y bebidas no saludables, así como restricciones de su publicidad, entre otras⁷⁶¹. También se han pronunciado a favor de las medidas fiscales como herramientas para disuadir el consumo de productos dañinos y fomentar hábitos saludables diversos Relatores de la ONU en materia de derecho a la salud⁷⁶² y la alimentación⁷⁶³.

⁷⁵¹OMS/OPS. *Impuestos saludables: guía breve (síntesis de política de la OMS)*, 2019 p. 3 disponible en [Impuestos saludables: guía breve - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁵²WHO. *Fiscal policies to promote healthy diets: policy brief, 2022* [Fiscal policies to promote healthy diets: policy brief \(who.int\)](#)

⁷⁵³OMS/OPS. *Impuestos saludables: guía breve (síntesis de política de la OMS)*, 2019 p. 3 disponible en [Impuestos saludables: guía breve - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)3

⁷⁵⁴ Dorie E. Apollonio y Stanton A. Glantz, “Tobacco industry promotions and pricing after tax increases: An analysis of internal industry documents”, *Nicotine and Tobacco Research* 22, núm. 6 (2020): 967–74; Peter-Wallace Mathehula, “British American tobacco PLC: an analysis of the group’s pricing strategy across its key markets” (Faculty of Commerce, 2022); Lily Grigsby-Duffy et al., “The healthiness of food and beverages on price promotion at promotional displays: a cross-sectional audit of Australian supermarkets”, *International journal of environmental research and public health* 17, núm. 23 (2020): 9026; Evelyn SY Looi et al., “Price promotions offered by quick service restaurants in Australia: analysis from an obesity prevention perspective”, *Public Health Nutrition* 25, núm. 3 (2022): 513–27; Rebecca Bennett et al., “Prevalence of healthy and unhealthy food and beverage price promotions and their potential influence on shopper purchasing behaviour: a systematic review of the literature”, *Obesity reviews* 21, núm. 1 (2020): e12948.

⁷⁵⁵OMS. *Lucha contra las ENT. Mejores inversiones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, 2019, pp. 7 y 9 disponible en [Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁵⁶OMS/OPS. *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas* (Washington DC, 2015), 66 disponible en [Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: tendencias, efecto sobre la obesidad e implicaciones para las políticas públicas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁵⁷WHO. *Fiscal policies to promote healthy diets: policy brief, 2022* [Fiscal policies to promote healthy diets: policy brief \(who.int\)](#)

⁷⁵⁸OPS. *Impuestos saludables: guía breve (síntesis de política de la OMS)*, p. 8 disponible en [Impuestos saludables: guía breve - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁷⁵⁹ Asamblea General de Las Naciones Unidas. *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. ONU A/RES/66/2 (16 de septiembre de 2011), párr. 43.

⁷⁶⁰ Véase, por ejemplo: Comité DESC. *Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Mauricio* ONU E/C.12/MUS/CO/5 (el 5 de abril de 2019); Comité DESC, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina*, ONU E/C.12/ARG/CO/4 (el 1 de noviembre de 2018); Comité DESC, *Observaciones finales sobre el quinto y sexto informe periódico de México*. ONU E/C.12/MEX/CO/5-6 (17 de abril de 2018), párr 48-9.

⁷⁶¹Comité DESC. *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico de la Argentina*, ONU E/C.12/ARG/CO/4 (el 1 de noviembre de 2018), párrs. 46 y 52.

⁷⁶² Consejo de Derechos Humanos *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, el 1 de abril de 2014, párr. 19.

⁷⁶³Consejo de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho a la alimentación* Olivier De Schutter, ONU A/HRC/19/59 (diciembre de 2011), párr. 39.

262. La REDESCA recuerda que la política fiscal⁷⁶⁴ es un instrumento clave para garantizar los derechos humanos⁷⁶⁵, particularmente los DESCAs. Por lo tanto, los Estados deben evaluar su política fiscal tomando en cuenta sus impactos en los derechos humanos de forma integral⁷⁶⁶. Lo anterior es particularmente relevante a la luz de alegaciones de que los impuestos saludables serían regresivos por tener un impacto en las finanzas de personas en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Al respecto, la Relatoría Especial considera pertinente recordar que los impuestos saludables se aplican sobre bienes que tienen impacto adverso sobre la salud y otros derechos humanos como la alimentación adecuada, con el objetivo de desincentivar su uso y consumo. Por lo tanto, benefician de forma amplia a la sociedad y garantizan el derecho a la salud y otros derechos relacionados, al contribuir a evitar la mortalidad prematura, la morbilidad y la generación de discapacidades asociadas a las ENT, al tiempo que permiten al Estado acceder a recursos económicos que pueden usarse para promover entornos saludables y garantizar diversos DESCAs. Los impuestos saludables pueden tener impactos redistributivos positivos y promover la equidad, por ejemplo, cuando la recaudación es utilizada para promover bienes o servicios de salud.
263. La CIDH y la REDESCA han reconocido que existe una relación directa entre el disfrute de los DESCAs y la situación de pobreza y desigualdad que afecta particularmente a personas que pertenecen a grupos que han sido discriminados históricamente⁷⁶⁷. Al mismo tiempo, como se mencionó anteriormente, las ENT tienen un impacto desproporcionado en grupos tradicionalmente discriminados y en situación de vulnerabilidad, incluyendo de tipo socioeconómico⁷⁶⁸. Al considerar el impacto de los impuestos saludables de forma integral, que incluye el desincentivar el uso y consumo de productos no saludables entre grupos en situación de especialidad vulnerabilidad, y al materializarse sus beneficios en la salud, el incremento en la productividad y las reducciones de costos en salud y cuidados⁷⁶⁹, entre otros, a juicio de la Relatoría Especial no deben ser considerados como una medida regresiva.
264. En la misma línea, la política fiscal debe evaluarse considerando tanto el impacto de la carga tributaria, como la existencia de beneficios tributarios otorgados a sujetos o industrias particulares. Esto es relevante a la luz de información recibida por la Relatoría Especial sobre el modo en que el diseño de la política tributaria beneficia a industrias de productos no saludables, además de ser otorgados de forma poco transparente y sin rendición de cuentas⁷⁷⁰. Al respecto, la REDESCA ha recibido información de la existencia de beneficios fiscales que favorecen a entidades de la cadena productiva de gaseosas y bebidas azucaradas, que permite que el precio final de estos productos sea más accesible e incentive su consumo, además de privar a los Estados de valiosos recursos. Este tipo de situaciones generan preocupación, a la luz del rol de las exenciones impositivas como obstáculos para reducir la pobreza y la desigualdad en la región⁷⁷¹.
265. Por otra parte, la REDESCA reflexiona que se debe restringir la publicidad, promoción y patrocinio de productos relacionados con el desarrollo de ENT, particularmente, aunque no de manera exclusiva, con fines a evitar la exposición de NNA y protegerlos de sus impactos perjudiciales⁷⁷². La REDESCA recuerda que existe un deber estatal reforzado de asegurar que los derechos de las y los NNA sean respetados y de tomar medidas especiales de protección, de acuerdo con el artículo 19 de la CADH. Por consiguiente,

⁷⁶⁴ Definida como el “conjunto de políticas para la gestión del gasto y de los ingresos públicos, y comprende todas las técnicas a través de las cuales los Estados obtienen y asignan recursos, incluida la tributación, la deuda pública, los ingresos obtenidos por las empresas públicas, la planeación macro-fiscal y todos los procesos asociados al ciclo presupuestario”. Véase Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia, “Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal” mayo de 2021, p10.

⁷⁶⁵ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia. “Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal”, mayo de 2021, p. 4; CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, 2017, párrs. 494 y 501.

⁷⁶⁶ Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ) et al., “Principios de Derechos Humanos en la Política Fiscal”, mayo de 2021.

⁷⁶⁷ CIDH-REDESCA. *Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, 2020, OEA/Ser.L/V/II, párr. 126.

⁷⁶⁸ WHO. “Chapter 2: NCDs and development”; Marmot y Bell, “Social determinants and non-communicable diseases: time for integrated action”; Di Cesare et al., “Inequalities in non-communicable diseases and effective responses”.

⁷⁶⁹ Lisa M. Powell y Frank J Chaloupka, “Chapter 3: Protecting and Promoting Health Through Taxation: Evidence and Gaps”, en *Health Taxes: policy and practice*, de World Health Organization, 2021

⁷⁷⁰ Paolo de Renzio “La transparencia en los gastos tributarios en América Latina”, junio de 2019.

⁷⁷¹ CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas* : aprobado el 7 de septiembre de 2017 el 7 de septiembre de 2017, párr. 495, OEA/Ser.L/V/II.164. Doc. 147, <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PobrezaDDHH2017.pdf>.

⁷⁷² WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020”, Objetivo 3.

dado que la publicidad, promoción y patrocinio contribuyen a hacer deseables y socialmente atractivos productos que presentan un riesgo para la salud, con base en el deber de prevención se requiere que los Estados tomen medidas para reducir el impacto que tienen las prácticas de mercadotecnia en NNA.

266. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño, ha considerado que las actividades de mercadotecnia dirigidas a NNA “de productos como cigarrillos y alcohol, así como de alimentos y bebidas con alto contenido en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcar, sal o aditivos puede tener un impacto a largo plazo sobre su salud.”⁷⁷³ Asimismo, en el marco del derecho a la salud, el mencionado Comité ha recomendado “reglamentar la publicidad y la venta de sustancias perjudiciales para la salud de los niños [incluidos el tabaco y el alcohol] y la promoción de esos artículos en los lugares donde se reúnen (...), así como en los medios de comunicación y las publicaciones a las que tienen acceso (...)”⁷⁷⁴. Igualmente, el Comité consideró que “[d]ebe limitarse la exposición de NNA a la ‘comida rápida’ de alto contenido en grasas, azúcar o sal, que es muy energética, pero carece de suficientes micronutrientes, y a bebidas de alto contenido en cafeína u otras sustancias con posibles efectos nocivos. Debe controlarse la comercialización de estas sustancias, especialmente cuando sus destinatarios son NNA, así como su disponibilidad en las escuelas y otros lugares”⁷⁷⁵. Concordantemente, la Relatoría sobre el derecho a la salud⁷⁷⁶, y Relatoría Especial sobre el derecho a la alimentación⁷⁷⁷ han recomendado regular la mercadotecnia de productos no saludables para dar cumplimiento al derecho a la salud.
267. Aunque la protección especial de NNA es aplicable a todos los contextos, la REDESCA considera que existen ciertos escenarios en los que la obligación de garantía de los derechos de este grupo es reforzada y, por lo tanto, el deber de protección frente a la actuación de terceros se materializa con mayor claridad, por ejemplo, en ambientes escolares o en otros entornos en donde NNA se reúnen o que frecuentan, tales como parques y lugares de juego. En estos casos, la protección de NNA frente a factores de riesgo de ENT es particularmente importante y debe incluir, como ha recomendado el Comité de los Derechos del Niño y otras personas expertas, tanto la restricción de la disponibilidad como de la publicidad, promoción y patrocinio de productos riesgosos para la salud. La Corte IDH ha reconocido la relevancia de los entornos educativos para la protección de derechos, destacando que los Estados tienen el deber de prevenir especialmente violaciones a los derechos humanos de los NNA en el curso del proceso y contexto educativo⁷⁷⁸.
268. Igualmente, la REDESCA considera que la restricción de la disponibilidad y la publicidad, promoción y patrocinio de productos cuyo uso y consumo es un factor de riesgo para el desarrollo de ENT debe alcanzar a las instituciones de salud. Esto es así puesto que las personas que reciben tratamientos de salud se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad y, como tales, requieren protección particular por parte de los Estados para prevenir que terceros, incluidos actores empresariales, vulneren sus derechos⁷⁷⁹.
269. Es importante mencionar que ya existen en el derecho internacional modelos de regulación de la publicidad, promoción y patrocinio de productos nocivos a la salud. Así, el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco (Convenio Marco)⁷⁸⁰ reconoce que el tabaquismo es un problema con graves consecuencias para la salud y prevé medidas para reducir su oferta, demanda y los daños que produce

⁷⁷³ Comité de los Derechos del Niño. *Observación general No 16 (2013) sobre las obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño*, ONU CRC/C/GC/16 (17 de abril de 2013), párr. 19.

⁷⁷⁴ Comité de los Derechos del Niño. *Observación general No 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)* ONU CRC/C/GC/15 (17 de abril de 2013), párr. 65.

⁷⁷⁵ Comité de los Derechos del Niño. *Observación general No 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)* ONU CRC/C/GC/15 (17 de abril de 2013), párr. 47.

⁷⁷⁶ Comité de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, Anand Grover. Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud”, el 1 de abril de 2014, párr. 64.f.

⁷⁷⁷ Comité de Derechos Humanos. *Informe provisional de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación* Elver, Hilal, ONU A/71/282 (3 de agosto de 2016), párrs. 32-5.

⁷⁷⁸ Corte IDH. Caso Guzmán Albarracín y otras Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas., No. Serie C No. 405 (Corte IDH sentencia del 24 de junio de 2020).

⁷⁷⁹ Corte IDH. Caso Vera Rojas y Otros Vs. Chile, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 1 de octubre de 2021), párr. 89.

⁷⁸⁰ OMS, Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 56ª Asamblea Mundial de la Salud de 21 de mayo del 2003, (2005).

en la población mundial. De acuerdo con el artículo 13 del Convenio Marco, entre las medidas que deben adoptar los Estados Parte se encuentra la prohibición total de la publicidad, promoción⁷⁸¹ y patrocinio⁷⁸² del tabaco, pues se ha documentado que estas acciones aumentan el consumo del tabaco, por lo que su prohibición disminuye su consumo⁷⁸³. La REDESCA insta a los Estados de la región que aún no lo han hecho a ratificar dicho Convenio como una medida dirigida a garantizar el derecho a la salud, y a los Estados que ya son parte en dicho Convenio a adoptar medidas regulatorias, de supervisión y de fiscalización dirigidas a hacer efectiva tal prohibición.

270. Por otro lado, la Relatoría Especial ha recibido información sobre estrategias en torno a la figura de responsabilidad social empresarial (RSE)⁷⁸⁴ como forma de promocionar productos no saludables, mejorar o reparar la reputación de las empresas que los producen y comercializan, y mejorar su relación con una comunidad⁷⁸⁵. Tratándose de la industria del tabaco, la definición que el Convenio Marco proporciona de la “publicidad y promoción” como “toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco”, podría abarcar las prácticas de RSE en tanto tienen el efecto de promover indirectamente el producto⁷⁸⁶. Asimismo, instrumentos como las Directrices para la aplicación del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco identifican expresamente el uso de la RSE por parte de las empresas tabacaleras para presentarse como “buenos ciudadanos corporativos”⁷⁸⁷ con la finalidad de promocionar sus productos y su consumo. En ese sentido, las mencionadas Directrices recomiendan a los Estados Parte prohibir las contribuciones por parte de las compañías de tabaco para “causas socialmente responsables”, por considerarse como actividades de patrocinio a la luz del artículo 1 g) del Convenio Marco⁷⁸⁸, así como la propaganda de actividades socialmente responsables por considerarse que su objetivo o probable objetivo es la promoción y publicidad de los productos de tabaco⁷⁸⁹. Concordantemente, la recomendación 6 de las Directrices para la aplicación del artículo 5.3 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco han recomendado regular las actividades de la industria tabacalera que se describen como “socialmente responsables”⁷⁹⁰.
271. La preocupación sobre el uso de prácticas enmarcadas en la RSE, en detrimento de la salud y bienestar de las personas, no es exclusiva de la industria del tabaco. Algunas campañas de pretendida RSE por parte de la industria del alcohol, por ejemplo, han mostrado tener un mayor potencial para promover productos alcohólicos que para atender una finalidad filantrópica⁷⁹¹; y frecuentemente han tenido el propósito de oponerse a regulaciones que buscan disminuir el consumo de alcohol⁷⁹². En el caso de la industria de productos comestibles no saludables, se ha identificado que, paradójicamente, muchas empresas han llevado a cabo acciones de RSE con el propósito de difundir la salud y de ser un aliado de

⁷⁸¹ El Convenio Marco entiende por publicidad y promoción del tabaco “toda forma de comunicación, recomendación o acción comercial con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco” art. 1 c).3

⁷⁸² El Convenio Marco entiende por patrocinio del tabaco “toda forma de contribución a cualquier acto, actividad o individuo con el fin, el efecto o el posible efecto de promover directa o indirectamente un producto de tabaco o el uso de tabaco”. art. 1 g).

⁷⁸³ OMS. *Directrices para la implementación del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, 2013 disponible en [Directrices para la aplicación del artículo 13 \(who.int\)](#)

⁷⁸⁴ Ha sido definida como “una acción corporativa voluntaria que afirma está en beneficio del interés público a través de la priorización de objetivos sociales más amplios que el buscar simplemente el beneficio económico”. Véase NCD Alliance y SPECTRUM, “Signaling Virtue, promoting harm. Unhealthy commodity industries and COVID-19”, 2020, 18.

⁷⁸⁵ Por ejemplo: FIC, Argentina, Interamerican Heart Foundation, “Corporate Social Responsibility Programs from the Tobacco Industry in Argentina”, 2020.

⁷⁸⁶ OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2003, art. 1.c.

⁷⁸⁷ OMS. *Directrices para la aplicación del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, p. 9. disponible en [Directrices para la aplicación del artículo 13 \(who.int\)](#)

⁷⁸⁸ OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, 2003, art. 1 g). disponible en [Directrices para la aplicación del artículo 13 \(who.int\)](#)

⁷⁸⁹ OMS. *Directrices para la aplicación del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, p. 9. disponible en [Directrices para la aplicación del artículo 13 \(who.int\)](#)

⁷⁹⁰ OMS. *Directrices para la aplicación del artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*, p. 10. disponible en [Directrices para la aplicación del artículo 13 \(who.int\)](#)

⁷⁹¹ Daniela Pantani et al., “The Marketing Potential of Corporate Social Responsibility Activities: The Case of the Alcohol Industry in Latin America and the Caribbean: Marketing Potential of CSR Actions”, *Addiction* 112 (enero de 2017): 74–80.

⁷⁹² Melissa Mialon y Jim McCambridge, “Alcohol Industry Corporate Social Responsibility Initiatives and Harmful Drinking: A Systematic Review”, *European Journal of Public Health* 28, núm. 4 (el 1 de agosto de 2018): 664–73.

hábitos sanos⁷⁹³, mientras que continúan manufacturando y comercializando productos no saludables. Teniendo en cuenta que el uso de la RSE por parte de las industrias que producen y comercializan productos no saludables puede ser usada para promover el consumo de dichos productos de forma directa o indirecta, incluso a través de la promoción de sus marcas, esta REDESCA insta a los Estados a adoptar regulaciones que permitan prevenir y mitigar los impactos negativos de dichas actividades en los derechos humanos.

272. Por lo que hace a las medidas relativas a la difusión de información de forma clara y de fácil comprensión sobre los productos, así como sobre los riesgos que su uso y consumo acarrearán, la REDESCA recuerda que todas las personas tienen el derecho de recibir información oportuna, completa, comprensible y fidedigna sobre aquellos bienes necesarios para gozar plenamente de sus derechos humanos, incluido el derecho a la salud⁷⁹⁴. Esa información debe, de acuerdo con lo establecido en la propia jurisprudencia de la Corte IDH, suministrarse de oficio, sobre todo cuando es imprescindible para que el proceso de toma de decisiones de las personas⁷⁹⁵ sea libre, informado y pleno⁷⁹⁶.
273. La Relatoría Especial considera que los Estados deben garantizar el derecho de acceso a la información sobre las consecuencias del uso y consumo de ciertos productos en la salud de las personas, así como a su obligación de atender a su obligación de garantizar el derecho a la salud a través de medidas dirigidas a prevenir el desarrollo de ENT a través de acciones que desincentiven el consumo de productos asociados al desarrollo de estas enfermedades. En ese sentido, una de las medidas por medio de las cuales se logra este propósito es a través del etiquetado de productos nocivos para la salud. Por ejemplo, el Convenio Marco mandata a los Estados Parte a etiquetar los productos de tabaco de manera veraz, inequívoca y no engañosa, así como a incluir advertencias “sanitarias que describan los efectos nocivos del consumo de tabaco⁷⁹⁷. Siguiendo la misma lógica, la REDESCA considera que el uso de etiquetados que adviertan sobre los riesgos para la salud debe extenderse a otros productos relacionados con el desarrollo de ENT, como los productos comestibles no saludables.
274. El etiquetado frontal de advertencia de productos comestibles y bebidas ha sido recomendado por la OPS, por ser el sistema más efectivo para disuadir el consumo de productos no saludables⁷⁹⁸. Igualmente, esta institución recomienda basar el etiquetado de advertencia en su Modelo de Perfil de Nutrientes⁷⁹⁹. La adopción del etiquetado frontal de advertencia en productos comestibles y bebidas no saludables también ha sido respaldada por la Relatoría Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental de las Naciones Unidas, como un elemento esencial en una estrategia integral para promover vidas sanas⁸⁰⁰.
275. Igualmente, bajo la obligación de garantía, los Estados deben adoptar medidas para la promoción de la actividad física, incluyendo la adecuación de la infraestructura urbana para facilitar el ejercicio y los traslados a pie o en bicicleta, que a su vez también contribuyen a combatir la contaminación del aire, que como se mencionó es también un factor de riesgo para el desarrollo de ENT. Al respecto, los Estados deben tomar medidas que contribuyan a contrarrestar la contaminación del aire, dirigidas a expandir el

⁷⁹³ Clare Herrick, “Shifting Blame/Selling Health: Corporate Social Responsibility in the Age of Obesity”, *Sociology of Health & Illness* 31, núm. 1 (enero de 2009): 11.

⁷⁹⁴ Corte IDH. Caso I.V. v. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH, sentencia del 30 de noviembre de 2016).

⁷⁹⁵ Corte IDH. Caso I. V. v. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH, 30 de noviembre de 2016)

⁷⁹⁶ Corte IDH. Caso I.V. v. Bolivia, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH, 30 de noviembre de 2016) párr. 156.

⁷⁹⁷ OMS. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. 20003, art. 11 b).

⁷⁹⁸ OPS. *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*”, 202, p. 12 disponible en [El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas \(paho.org\)](#)

⁷⁹⁹ OPS/OMS. *Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud*. 2016, p. 14 disponible en [9789275318737_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁰⁰ Consejo de Derechos Humanos. *Statement by the UN Special Rapporteur on the right to health on the adoption of front-of-package warning labelling to tackle NCDs* Dainius Pūras, 27 de julio de 2020. Es de mencionar que este pronunciamiento fue también avalado por Michael Fakhri, el Relator Especial sobre el derecho a la alimentación, y Surya Deva, Elżbieta Karska, Githu Muigai, Dante Pesce (Vicepresidente), Anita Ramasastry (Presidenta), integrantes del Grupo de Trabajo sobre Empresas y derechos humanos de la ONU.

uso de tecnologías y energías limpias en los hogares⁸⁰¹ y para el transporte⁸⁰², así como a mejorar el manejo de residuos urbanos y provenientes de la agricultura, incrementar el uso de combustibles de bajas emisiones y de fuentes de energía renovables sin combustión, fomentar el uso de alternativas de bajo costo frente a la incineración a cielo abierto de residuos sólidos y, cuando la incineración es inevitable, adoptar tecnologías de combustión con estrictos controles de emisiones, entre otras⁸⁰³. Asimismo, la REDESCA considera que no debe pasarse por alto la interacción entre factores de riesgo de las ENT, así como la importancia de adoptar medidas que atiendan a múltiples factores de riesgo, como las políticas de control de tabaco que también buscan contribuir a la protección del medio ambiente⁸⁰⁴, incluida la contaminación del aire, o la implementación de circuitos cortos para el aprovisionamiento de alimentos saludables producidos localmente, que además de promover la alimentación saludable puede contribuir a la reducción de la contaminación ambiental⁸⁰⁵.

⁸⁰¹ WHO. *Household Air Pollution: Key Facts* 22 de noviembre de 2022 disponible en [Household air pollution \(who.int\)](#)

⁸⁰² WHO. *Ambient (Outdoor) Air Pollution: Fact Sheet* 19 de noviembre 2022 disponible en [Ambient \(outdoor\) air pollution \(who.int\)](#)

⁸⁰³ WHO. *Ambient (Outdoor) Air Pollution: Fact Sheet* 19 de noviembre 2022 disponible en [Ambient \(outdoor\) air pollution \(who.int\)](#)

⁸⁰⁴ OMS. *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. 2003, arts. 3, 8, 18.

⁸⁰⁵ WHO. *Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet* [Action framework for developing and implementing public food procurement and service policies for a healthy diet \(who.int\)](#)

CAPÍTULO 4: MEDIDAS DIRIGIDAS A LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENT

A. Estrategias para la disminución del impacto de las ENT en las Américas

277. Las ENT son un reto importante para el desarrollo sostenible, siendo la primera causa de muerte a nivel global y de la Región de las Américas, afectando a personas de todos los grupos de edad y países. Desde el año 2000, las resoluciones y los informes sobre las ENT y sus factores de riesgo han ocupado un lugar destacado en las agendas mundiales y regionales, sirviendo de base para la estrategia regional y plan de acción del 2006 para las ENT en las Américas.⁸⁰⁶ A nivel global, la Declaración política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles del 2011 y su segunda Reunión de Alto Nivel en 2014, son hitos claves para reforzar el compromiso político de asumir la necesidad de prevenir y disminuir la carga de las ENT en la población mundial⁸⁰⁷. Desde entonces, la OMS ha emitido notas técnicas, marcos de acción y mejores intervenciones para apoyar a los Estados en el cumplimiento de los ODS vinculados a las ENT⁸⁰⁸. Como parte de ello, se desarrollaron una serie de 10 indicadores de progreso, presentados en el año 2015 en la Cumbre del Desarrollo Sostenible y en la Tercera Reunión de Alto Nivel en el 2018, los cuales son periódicamente evaluados y sus resultados publicados cada dos años⁸⁰⁹.
278. Entre los antecedentes regionales, destacan varias declaraciones de política y resoluciones regionales y subregionales que, tal como señala la OMS, han dado más relieve a las ENT en los programas de protección social y desarrollo económico⁸¹⁰. Entre ellas cabe señalar la Declaración de Puerto España sobre las enfermedades no transmisibles (2007) emitida por la Comunidad del Caribe, la Declaración política de la Consulta Regional de Alto Nivel de las Américas contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles y la Obesidad (2011), la Declaración de la Comisión de los Ministros de Salud de Centroamérica (2011), la resolución de la Unión de Naciones Suramericanas para fortalecer las políticas intersectoriales sobre las ENT (2011), la resolución de los ministros de salud andinos sobre la prevención y el control de las ENT (2010) y la comisión intergubernamental del Mercado Común del Cono Sur para la prevención y el control de las ENT (2011)⁸¹¹.
279. La estrategia sobre las ENT para la Región de las Américas fue impulsada en el año 2012, dando continuidad a los cinco años de aplicación de la estrategia regional y Plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (2006), al igual que a la ejecución a nivel regional del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco⁸¹². El propósito general de la estrategia regional propuesta contra las ENT es “reducir la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo prevenibles, al igual que los costos asociados con las ENT, de manera de promover el bienestar y mejorar la productividad y las perspectivas de desarrollo en la región⁸¹³”.
280. Importantes avances se registraron en las políticas y las acciones regionales, considerando que la mayoría de los Estados Miembros tienen planes nacionales para las ENT e inversiones relacionadas con

⁸⁰⁶OPS *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.4 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁰⁷OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas mas costoeficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.9 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁰⁸PAHO. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor* disponible en [NCDs Progress Monitor - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)

⁸⁰⁹PAHO. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor* disponible en [NCDs Progress Monitor - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](#)

⁸¹⁰OPS *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.9 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](#)

⁸¹¹OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.9 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](#)

⁸¹²OPS/OMS *Resolución CSP28.R13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) p.3 18 de septiembre del 2012 disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸¹³OPS/OMS. *Resolución CSP28.R13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) 18 de septiembre del 2012 disponible p.7 en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

los programas⁸¹⁴. Sin embargo, la gran mayoría de los países, incluso antes del impacto de la pandemia de la Covid19, estaban lejos de poder alcanzar el cumplimiento de la meta 3.4 de los ODS⁸¹⁵ de reducir un tercio la mortalidad prematura por ENT en el 2030. En año 2019 la Asamblea Mundial de la Salud amplió el Plan de Acción Mundial de la OMS para la Prevención y Control de las ENT 2013-2020 hasta el año 2030 y pidió que se elaborara una hoja de ruta para su aplicación entre 2023 y 2030 a fin de acelerar los avances en la prevención y control de esas enfermedades.⁸¹⁶ El Plan incluye indicadores, define el marco mundial de vigilancia para prevención y control de ENT, con 9 metas voluntarias y 25 indicadores de mortalidad y morbilidad, factores de riesgo y respuesta de los sistemas nacionales⁸¹⁷.

281. La hoja de ruta apoya las medidas para lograr un conjunto de nueve objetivos mundiales con el mayor impacto en la prevención y gestión de las ENT⁸¹⁸. Las 9 metas mundiales de aplicación voluntarias son las siguientes: 1. Reducción del 25% en la mortalidad prematura por ENT; 2. Reducción relativa del uso nocivo de alcohol al menos en el 10%; 3. Reducción relativa de la inactividad física de al menos el 10%; 4. Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en al menos un 30%; 5. Reducción relativa de la prevalencia actual del consumo de tabaco en un 30%, 6. Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%; 7. Detención del aumento de la obesidad y la diabetes; 8 tratamiento farmacológico y de asesoramiento del 50% para prevenir infartos y accidentes cerebrovasculares; 9. 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales para tratar las principales ENT⁸¹⁹.
282. Alineados con el Plan Mundial de Acción de la OMS y el marco mundial de vigilancia, a nivel regional, los estados miembros de la OPS adoptaron la Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2012-2025 y el Plan de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019⁸²⁰. Desde el año 2017 la OPS desarrolló un Marcador para las Américas para poder ofrecer información rápidamente identificable a los tomadores de decisión⁸²¹. Asimismo, como se ha mencionado en el capítulo 2, en la Región se encuentran activos planes de la OPS para prevenir la obesidad en la infancia y adolescencia, para reducir el consumo de alcohol y fortalecer el control del tabaco, entre otros.
283. La Estrategia para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles para 2012-2025 de la OPS se dirige a diversos actores: los Estados miembros, la oficina de la OPS, asociaciones intergubernamentales y entidades no estatales y consta de cuatro líneas estratégicas: a) políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT; b) factores de riesgo y factores protectores de las ENT; c) respuesta de los sistemas de salud; y d) vigilancia e investigación de las ENT. A su vez, cada línea estratégica está situada en el contexto regional y tiene objetivos, metas e indicadores para monitorear el progreso.⁸²² El eje de prevención y tratamiento apunta a las cuatro ENT que representan la mayor carga de enfermedad en la región: “enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, así como en sus cuatro factores de riesgo comunes, a

⁸¹⁴OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.4 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/public/americas/files/2014/07/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf)

⁸¹⁵ NCD Alliance and collaborators *NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries* Lancet 2022; 399: 1266–78 disponible en [NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries - PubMed \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35282222)

⁸¹⁶ OMS. *Enfermedades no transmisibles* disponible en [Enfermedades no transmisibles \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases)

⁸¹⁷ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.9 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/public/americas/files/2019/07/9789275320662_spa.pdf)

⁸¹⁸ OMS. *Enfermedades no transmisibles* disponible en [Enfermedades no transmisibles \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/non-communicable-diseases)

⁸¹⁹ OMS. *Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020*, pág. 99. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236;](https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236)

⁸²⁰ OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/public/americas/files/2014/07/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf)

⁸²¹ PAHO. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor* disponible en [NCDs Progress Monitor - PAHO/WHO | Pan American Health Organization](https://www.paho.org/ncd)

⁸²² OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/public/americas/files/2014/07/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf)

saber, consumo de tabaco, régimen alimentario poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol, y en los factores biológicos de riesgo relacionados: hipertensión e hiperglucemia⁸²³. Asimismo, para orientar las políticas y prioridades es importante hacer el seguimiento de la progresión y las tendencias de las ENT y sus factores de riesgo⁸²⁴.

284. Conforme a la OPS⁸²⁵, los principios que guían la Estrategia son siete: a) Inclusión de las ENT y sus factores de riesgo en las agendas económicas y de desarrollo, tanto nacionales como regionales; b) Enfoque que abarque a toda la sociedad, para promover alianzas estratégicas dentro y fuera del sector de la salud con la participación de los gobiernos, la sociedad civil, el sector académico, el sector privado y las organizaciones internacionales; c) Énfasis en la promoción de la salud, la educación y la prevención, al igual que en la detección temprana, el tratamiento oportuno y la calidad de la atención para las personas que ya tienen alguna ENT o que muestran señales de alerta por la presencia de factores de riesgo; d) Reconocimiento de que los determinantes sociales, incluida la equidad, la educación, el género, el grupo étnico (especialmente las poblaciones indígenas) y la situación migratoria, al igual que los factores culturales, económicos y ambientales, contribuyen todos considerablemente a las ENT e) Consideración del enfoque de la totalidad del ciclo de vida en las políticas y en los programas contra las ENT; f) Reorientación de los sistemas de salud sobre la base de la atención de las enfermedades crónicas, incluida la capacitación y la creación de capacidad, y haciendo hincapié en que se integre la prevención y el control de las ENT en la atención primaria de salud; g) Aplicación de la mejor evidencia disponible en la elaboración y formulación de políticas y programas, usando datos procedentes de la vigilancia y la investigación, sobre la base de su repercusión e importancia para la salud pública, y en la determinación de las áreas de investigación futura⁸²⁶. Resulta crucial que esa evidencia esté libre de conflicto de intereses. Las acciones de seguimiento y evaluación de este plan de acción se realizan mediante dos conjuntos de indicadores, a) uno basado en el marco mundial de vigilancia de la OMS, y b) el segundo mediante una serie de 12 indicadores “que reflejan las especificidades y los adelantos regionales, priorizados sobre la base de otras estrategias y planes regionales que abordan los factores de riesgo, los factores protectores y las ENT que constituyen los principales motivos de preocupación para la estrategia, así como la carga de enfermedad”.⁸²⁷ La nota técnica se actualizó en septiembre de 2017 para garantizar que esté armonizada con el conjunto revisado de «mejores inversiones» (bestbuys) y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las ENT, refrendadas por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2017. En la nota técnica se recoge un conjunto de 10 indicadores de seguimiento destinados a mostrar los progresos logrados en los países en la aplicación de determinados compromisos nacionales incluidos en el documento final de 2014⁸²⁸.
285. Por su parte, en el año 2015, los ministros de salud de las Américas aprobaron la Estrategia de Legislación Relacionada con la Salud, para promover “la formulación, revisión o implementación de sus marcos jurídicos y reglamentarios” con el objetivo de abordar los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo de las ENT⁸²⁹. Esta Estrategia busca armonizar la legislación en la región, bregar por su actualización y consistencia, y promover la vigilancia en materia de cumplimiento normativo, así

⁸²³OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.2 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](#)

⁸²⁴ En la Declaración de la Reunión de Alto Nivel sobre las ENT se reconoció que existen otras enfermedades y afecciones, como los trastornos mentales, las enfermedades renales, bucodentales y oculares, y algunas enfermedades transmisibles como la infección por el VIH/sida, que están relacionadas con las cuatro ENT más importantes

⁸²⁵OPS/OMS. *Resolución CSP28.R13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) p.8 disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸²⁶OPS/OMS. *Resolución CSP28.R13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) p.8 disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸²⁷OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS, 2014 p.3 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](#)

⁸²⁸ OMS. *Informe sobre el seguimiento de los progresos en relación con las enfermedades no transmisibles, 2017* [NoncommunicableDiseasesProgress Monitor, 2017]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017, p. 7 disponible en [9789243513027-spa.pdf;sequence=1 \(who.int\)](#)

⁸²⁹OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.31 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

como hacer frente al accionar de las industrias transnacionales afectadas por las iniciativas regulatorias, que realizan prácticas obstructivas⁸³⁰.

B. Intervenciones costo efectivas recomendadas para la prevención y el control de las ENT

286. Se considera que no existe una estrategia de carácter universal para reducir el impacto de las ENT, sino que existen diversos caminos epidemiológicos mediante los cuales cada país puede alcanzar el cumplimiento de la meta 3.4 ODS⁸³¹. No obstante, la OMS recomienda un menú de opciones de políticas e intervenciones costoefectivas para la prevención y el control de las ENT, que clasifica como “mejores inversiones” (bestbuys) y otras intervenciones recomendadas⁸³².
287. El Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2022 de la OMS fue refrendado por la 66.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2013 y contiene un apéndice con un listado de opciones de política e intervenciones costoefectivas para la prevención y el control de las principales ENT denominado “apéndice 3.” La primera actualización del apéndice 3, que se realizó en el año 2017, contenía intervenciones muy costoefectivas y asequibles, así como otras intervenciones costoefectivas para la prevención y el control de las ENT⁸³³. El apéndice 3 fue nuevamente actualizado en el 2023, con el fin de acelerar los progresos hacia el cumplimiento de las nueve metas mundiales de aplicación voluntaria sobre las ENT⁸³⁴. En total, se han establecido 90 intervenciones y 22 medidas generales o instrumentales, lo que representa una ampliación con respecto a la lista de 88 intervenciones publicada en 2017⁸³⁵.
288. Del listado presentado por la OMS de 90 intervenciones costoefectivas, 28 son llamadas “mejores inversiones” o “bestbuys”, que se consideran más costo-efectivas por ser factibles de aplicar en países de ingresos bajos y medianos⁸³⁶, en entornos con recursos muy limitados⁸³⁷ y tener un alto nivel de impacto. Estas “mejores inversiones” requieren, en general, de medidas regulatorias⁸³⁸ que desalienten conductas no saludables e incentiven conductas y productos saludables a fin de propiciar un entorno

⁸³⁰ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.31 disponible en [en9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/es/documentos/9789275320662_spa.pdf)

⁸³¹ NCD Alliance and collaborators. *NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries* Lancet 2022; 399: 1266–78 disponible en [NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries - PubMed \(nih.gov\)](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35282222)

⁸³² OMS. *Mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Lucha contra las ENT, mejores inversiones*. 2017 p.7 disponible en [Best buys SPANISH short report AW.indd \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/best-buys-spanish-short-report-aw-indd-who-int). El menú de opciones fue actualizado el 10 de enero de 2023 por la Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental, disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_6-sp.pdf

⁸³³ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023.

⁸³⁴ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023.

⁸³⁵ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p

⁸³⁶ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles Informe del Director General EB152/6 10 de enero de 2023, p

⁸³⁷ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costo eficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.15 disponible en [en9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/es/documentos/9789275320662_spa.pdf)

⁸³⁸ Los términos “medidas regulatorias”, “intervenciones regulatorias” y “normativa” serán utilizados de manera genérica e intercambiable para englobar a todas aquellas disposiciones normativas emitidas por el poder ejecutivo y/o el poder legislativo (leyes, reglamentos), incluyendo la formulación de políticas públicas.

favorable a la salud⁸³⁹. A la par de las bestbuys, existe un amplio listado de otras intervenciones recomendadas para lograr un abordaje integral de las ENT⁸⁴⁰.

289. Se calcula que, si las bestbuys se aplican a nivel mundial, salvarán 10 millones de vidas para el 2025 y evitarán 17 millones de accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos para el año 2030⁸⁴¹. Además, las bestbuys son un poderoso instrumento económico. Se calcula que por cada dólar invertido en estas medidas se obtendrá un rendimiento de, al menos, siete dólares. Sin embargo, como advierte la OMS, el análisis de costoefectividad no debería utilizarse como base única para adoptar decisiones⁸⁴². La recomendación es “tomar en consideración su eficacia, costo eficacia, asequibilidad, capacidad para aplicarlas, viabilidad en función de las circunstancias nacionales, y repercusiones en la equidad sanitaria, así como la necesidad de aplicar combinaciones de intervenciones normativas dirigidas a toda la población, e intervenciones específicas⁸⁴³”.
290. La implementación de las mejores inversiones requiere de medidas regulatorias, que pueden ser tanto de carácter restrictivo como políticas orientadas a promover prácticas y productos saludables en función de fortalecer la salud pública, lo que incluye normativa que regule “las prácticas de ventas al por menor, la disponibilidad de los productos, las políticas fiscales, el mercadeo y los incentivos, como forma de corregir las externalidades negativas del mercado y crear un entorno que propicie las conductas saludables.”⁸⁴⁴ Además, las regulaciones deben contener “mecanismos explícitos y sólidos⁸⁴⁵” para que las autoridades respectivas puedan realizar de manera apropiada las tareas de vigilancia y sanción necesarias. Para efectos de este informe, los términos “normativa” y “medidas regulatorias” serán utilizados de manera intercambiable para englobar a todas aquellas disposiciones normativas emitidas por el poder ejecutivo y/o el poder legislativo (leyes, reglamentos), incluyendo la formulación de políticas públicas.
291. Las intervenciones de la OMS⁸⁴⁶ están asociadas a los factores de riesgo o a las enfermedades sobre los cuales buscan incidir, a saber: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, alimentación no saludable e inactividad física, enfermedades cardiovasculares y diabetes. A la par de ello, se reconoce el rol central de la atención primaria de la salud como la forma más integradora, eficaz y eficiente de reducir la mortalidad prematura por ENT así como de promover la salud.⁸⁴⁷ Las intervenciones recomendadas pueden consistir en políticas intersectoriales (políticas públicas – particularmente en relación al tabaco, el alcohol y el contenido de sodio - incluyendo medidas fiscales, prohibición o restricciones de publicidad y promoción⁸⁴⁸, etiquetado, campañas de comunicación) y medidas dirigidas

⁸³⁹ OPS, *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costo eficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.15 disponible en [en9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/en/9789275320662_spa.pdf)

⁸⁴⁰ OMS, *Mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Lucha contra las ENT, mejores inversiones*. 2017 p.7 disponible en [Best buys SPANISH shortreport AW.indd \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/Best-buys-SPANISH-shortreport-AW.indd)r

⁸⁴¹ OMS, *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020*. World Health Organization, 2020. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/resrep4413>

⁸⁴² OMS, *Mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Lucha contra las ENT, mejores inversiones*. 2017 p.3 disponible en [Best buys SPANISH shortreport AW.indd \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/Best-buys-SPANISH-shortreport-AW.indd)

⁸⁴³ OMS, *Mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Lucha contra las ENT, mejores inversiones*. 2017 p.4 disponible en [Best buys SPANISH shortreport AW.indd \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/Best-buys-SPANISH-shortreport-AW.indd)

⁸⁴⁴ OPS, *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costo eficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.15 disponible en

⁸⁴⁵ OPS, *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costo eficientes en América Latina*, Washington, 2019, p.38 disponible en [en9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.paho.org/en/9789275320662_spa.pdf)

⁸⁴⁶ OMS, *Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020*, pág. 99 disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236;](https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236)

⁸⁴⁷ OMS, *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020*. World Health Organization, 2020. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/resrep4413>

⁸⁴⁸ Conforme la terminología de la OMS se entiende por “promoción”: “Cualquier forma de comunicación comercial, mensaje o acción que publicite o promueva de otra manera un producto o servicio, o su marca relacionada, y esté diseñado para aumentar, o tenga el efecto de aumentar, el reconocimiento, el atractivo y/o el consumo de productos o servicios. WHO Policies to protect children from the harmful impact of food marketing: WHO guideline, 3 de julio de 2023 (*traducción propia*). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>

al servicio de salud (intervenciones farmacoterapéuticas⁸⁴⁹, acceso a tratamiento y medicación oportuna, tamizaje y test de prevención), entre otras.

292. Conforme a la OMS se requieren soluciones normativas multisectoriales y de colaboración, recomendando “una combinación de intervenciones prioritarias para factores de riesgo y enfermedades propios del contexto nacional, junto con la capacidad de los países para lograr que se tomen medidas en diferentes sectores gubernamentales,” para acelerar la respuesta a las ENT.⁸⁵⁰ Un enfoque integral de la salud tiene resultados más exitosos y sustentables al largo plazo.⁸⁵¹ Dentro del listado de las intervenciones recomendadas se puede mencionar -de manera no taxativa- la implementación de campañas de educación y sensibilización pública sobre actividad física y alimentación saludable; la farmacoterapia y el asesoramiento para prevenir los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares; la implementación de directrices para la atención clínica del cáncer, las ECV, la diabetes y las ERC.⁸⁵² Otras medidas consisten en llevar a cabo actividades de prevención, tratamiento y atención de personas por trastornos por consumo de alcohol; aplicar legislación sobre los efectos de la conducción bajo los efectos del alcohol; reducir el consumo de azúcar mediante impuestos eficaces a las bebidas azucaradas; ofrecer subvenciones para mejorar la ingesta de frutas y hortalizas; promover la lactancia materna; formular e implementar políticas de cuidados paliativos para el manejo del dolor⁸⁵³.
293. Dentro del listado de la OMS algunas de las bestbuys indicadas son: a) medidas de reducción de la demanda de tabaco (aumento de impuestos especiales y precios, políticas sobre espacios sin humo, advertencias sanitarias gráficas grandes y empaquetado neutro, aumento de impuestos especiales, prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio y campañas en los medios de comunicación); b) medidas de reducción del uso nocivo del alcohol: (restricciones a la disponibilidad física, prohibiciones de publicidad o restricciones integrales, aumento de impuestos especiales); c) medidas para desincentivar las dietas no saludables: herramientas fiscales tales como los impuestos saludables y los subsidios a alimentos saludables y, en general, medidas para disminuir la asequibilidad de productos no saludables y promover alternativas saludables cuando existan; políticas para reducir la ingesta de la sal/ sodio; políticas sobre los ácidos grasos saturados y las grasas trans, etiquetado frontal; restricciones a la promoción dirigida a niños; restricciones a la comercialización de sucedáneos de la leche materna; programas escolares de alimentación saludable. También se incluyen otras medidas relacionadas con la prevención y el tratamiento de las ENT principales, como la vacunación contra el virus del HPV en niñas de 9 a 13 años, frontis de papanicolau cada 3 a 5 años y tratamiento de lesiones precancerosas para prevenir cáncer cervicouterino, entre otras⁸⁵⁴.
294. En el nivel regional, el Plan de Acción en las Américas pone foco en 4 de los principales factores de riesgo de ENT, proponiéndose para ello una serie de intervenciones que operen de manera directa o indirecta sobre la prevención y el control de las ENT. El reporte de la OPS sobre el estado de las medidas costo eficaces en las Américas de 2019 considera que, en general, debido a la gran variabilidad de las medidas regulatorias, no es posible hablar de la existencia de un patrón legal uniforme que permita agrupar a los países de la región conforme ciertas características, excepción hecha quizás en relación a las medidas

⁸⁴⁹NCD Countdown 2030 Collaborators. *NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries*,

Lancet 2022; 399: 1266–78 , p. 1287-8 disponible en [NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middle-income countries - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁸⁵⁰ OMS. *Declaración política de la tercera reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, y salud mental*. Proyecto de menú actualizado de opciones de política e intervenciones costo efectivas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Informe del Director General. EB 152/6, 10 de enero 2023

⁸⁵¹ Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR) *Submission to Special Rapporteurship on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights of the Inter-American Commission on Human Rights. “Non-Communicable Diseases (NCDs) and Human Rights in the Inter-American System”* 14 feb 2023, p.3

⁸⁵² OMS. *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020*. World Health Organization, 2020. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/resrep4413>

⁸⁵³ OMS. *Mejores intervenciones y otras intervenciones recomendadas para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Lucha contra las ENT, mejores inversiones*. 2017 p.4 disponible en [Best buys SPANISH shortreport AW.indd \(who.int\)](#)

⁸⁵⁴ OMS. *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2020*. World Health Organization, 2020. *JSTOR*, <http://www.jstor.org/stable/resrep4413>

relativas al control del tabaco, más allá del dispar grado de aplicación del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS en la región.⁸⁵⁵

295. Así, si bien muchos países de la región han logrado avances en la integración y la reorganización de sus redes de prestación de servicios de salud para tratar mejor las ENT, subsisten problemas estructurales tales como la fragmentación de los servicios y el acceso equitativo, integral y continuo al sistema de salud.⁸⁵⁶ Mención aparte merece el enfoque muchas veces reduccionista de la salud que tiende a focalizarse en una mirada biologicista de las causas de las ENT, descuidando la importancia de los determinantes sociales, ambientales y comerciales de la salud, así como el rol gravitante de la salud mental.
296. Por otra parte, el acceso a cuidados paliativos es un elemento esencial a considerar en las etapas finales del tratamiento de las ENT. Si bien en algunos países la cobertura a los cuidados paliativos está regulada por ley, el evitar el dolor es una obligación ética esencial de la profesión médica y el acceso a cuidados paliativos es un elemento esencial en el derecho a la salud, dado el impacto en la calidad de vida y la dignidad humana. La REDESCA recuerda que los Estados tienen la obligación general de “asegurar el acceso de las personas a servicios esenciales de salud, garantizando una prestación médica de calidad y eficaz”⁸⁵⁷.

C. Abordajes multisectoriales y conflictos de interés

297. Generar ambientes saludables y promotores de la salud, requiere un enfoque multisectorial en la prevención y el tratamiento, lo que demanda un fuerte compromiso y liderazgo a nivel nacional para poder desarrollar, implementar y monitorear el cumplimiento de regulaciones pensadas a tal efecto.⁸⁵⁸ Por ello, el éxito en la prevención y el control de las ENT requiere “forjar vínculos y alianzas con otros sectores fuera de la salud, en particular la educación, la agricultura y la ganadería, el comercio, el desarrollo, las finanzas, el trabajo, la planificación urbana y el transporte, el agua y el saneamiento, entre otros.”⁸⁵⁹
298. En la región, la OPS puso en marcha el Foro Panamericano de Acción contra las ENT, una plataforma regional para facilitar este tipo de alianzas multisectoriales y servir de modelo para las plataformas de asociación a nivel nacional. La Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo es otro mecanismo que permite poner en marcha programas intersectoriales para abordar el problema de la obesidad y las ENT⁸⁶⁰.
299. Estas iniciativas han señalado a las alianzas intersectoriales como un elemento importante para el diseño de soluciones efectivas, dada su capacidad de combinar recursos, competencias y alcance de múltiples sectores. Estas alianzas deberían incluir no solo al sector público, sino también a las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones profesionales, el sector académico, el sector privado y las organizaciones internacionales⁸⁶¹. En tal sentido, la REDESCA ha sido informada de la conformación de la Alianza por la Nutrición Infantil, una iniciativa de la Cámara de la Industria de los

⁸⁵⁵ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas mas costo eficaces en América Latina*, Washington, 2019, p 31 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁵⁶ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) p.11 disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁵⁷ Corte IDH . Caso Cuscul Pivaral y otros Vs. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas (Corte IDH sentencia del 23 de agosto de 2018).

⁸⁵⁸ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas mas costoeficaces en América Latina*, Washington, 2019,p.9 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁵⁹ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁶⁰ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁶¹ OPS/OMS. *Resolución CSP28.r13 Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*, Washington, D.C. del 17 al 21 de septiembre del 2012 CSP28.R13 (Esp) disponible en [CSP28-Res-Strat-Spa.pdf \(paho.org\)](#)

Alimentos (Colombia) y los Bancos de Alimentos de Colombia “con el fin de acordar, promover, implementar, monitorear y evaluar intervenciones multicausal de la malnutrición⁸⁶².”

300. En este contexto, la REDESCA recuerda a los Estados que los marcos normativos y las respuestas, tanto políticas como económicas, deben enmarcarse dentro de procesos transparentes y participativos, que faciliten el acceso a la información, la rendición de cuentas y el acceso a la justicia, teniendo en cuenta de forma central el enfoque de los derechos humanos. Asimismo, considerando la relación de las actividades empresariales con los impactos adversos en la salud en el contexto del desarrollo de las ENT, la Relatoría Especial reitera que una de las formas de abordar los determinantes comerciales de la salud es a través del cumplimiento de los deberes de regulación, supervisión y fiscalización de las actividades de actores privados. Dentro de las medidas estatales tendientes a garantizar el derecho a la salud en el contexto de las ENT se encuentra las dirigidas a prevenir que las actividades de actores privados incidan perjudicialmente en este derecho.
301. En este marco, la REDESCA advierte que deben identificarse y abordarse los riesgos e impactos adversos que la participación de las empresas en los procesos de formulación de políticas públicas pueden acarrear para los derechos humanos, particularmente cuando sus intereses privados puedan entrar en oposición a los derechos humanos. La prevención y regulación de la influencia indebida de actores empresariales en la formulación e implementación de políticas y normativas de prevención y abordaje de ENT, así como la adecuada identificación y gestión de los conflictos de interés, es fundamental, teniendo en cuenta los reportes sobre diversas prácticas dirigidas a evitar o debilitar regulaciones, o a dilatar su implementación.
302. En este contexto, organizaciones de la sociedad civil advierten sobre la asimetría de poder en los mecanismos “multi – stakeholder”, que a menudo se traduce en que las industrias tengan mejor representación que sectores de la sociedad civil y los movimientos sociales libres de conflicto de interés en los procesos de adopción de regulaciones y políticas, poniendo en riesgo la participación en estos procesos de grupos vulnerables y actores que defienden el interés público.⁸⁶³
303. El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco contiene una disposición específica relativa a los conflictos de interés en el art. 5.3: “al establecer y aplicar sus políticas de salud pública con respecto al control del tabaco las Partes actuarán para proteger esas políticas de los intereses comerciales y otros intereses creados de la industria tabacalera, de conformidad con la legislación nacional.” Según información brindada por organizaciones de la sociedad civil, la Conferencia de las Partes del mencionado Convenio y del Protocolo complementario para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco adoptó varias decisiones para tratar con el conflicto de intereses de los participantes (incluidos los delegados de los Estados) en estas reuniones para hacer frente a las injerencias de la industria tabacalera⁸⁶⁴.
304. En el ámbito de la política alimentaria y nutricional, la OMS ha definido que un conflicto de intereses surge cuando“(…) existe la posibilidad de que un interés secundario (un interés creado en el resultado del trabajo de los Estados miembros en el ámbito de la salud pública en materia de nutrición) influya indebidamente, o pueda percibirse razonablemente que influye indebidamente en la independencia u objetividad del juicio profesional o de las acciones relativas a un interés primario (relacionado con la labor de los Estados miembros en el ámbito de la salud pública y la nutrición)⁸⁶⁵. A su vez, un conflicto de intereses institucional se ha definido como “una situación en la que el interés primordial de un Estado Miembro, plasmado en su mandato institucional de proteger y promover la salud pública, puede verse influido indebidamente por el interés conflictual de un agente no estatal de manera tal que afecta, o

⁸⁶² Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Cámara de la Industria de Alimentos de la Asociación de Empresarios de Colombia, ANDI.

⁸⁶⁴ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

⁸⁶⁵ OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142, 2017 disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416>

pueda percibirse razonablemente que afecta, a la independencia y objetividad de la labor del Estado Miembro en la esfera de la salud pública en materia de nutrición⁸⁶⁶”.

305. En el año 2017 la OMS emitió el documento “ Proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país”, dirigido principalmente a los funcionarios de la administración pública que participan en la elaboración, el diseño y la ejecución de las políticas y los programas de salud pública en materia de nutrición, en el cual se recomienda la adopción de políticas y procedimientos claros, según corresponda, incluyendo un sistema interno de gestión de los conflictos de interés para los funcionarios públicos⁸⁶⁷.
306. El mencionado instrumento propone un procedimiento de seis pasos para prevenir los conflictos de intereses: Paso 1. Análisis del fundamento de la colaboración: esta debería “respaldar la aplicación de las políticas y recomendaciones del Estado, así como la aplicación de normas y reglamentaciones técnicas⁸⁶⁸”. Paso 2: Especificación y ejecución de la diligencia debida y evaluación del riesgo: el Estado debe obtener y verificar la identidad del agente externo y realizar una evaluación de riesgo de conflicto de interés; si fuera un riesgo demasiado alto, debería considerar si llevar adelante o no la colaboración; en caso de mezcla de riesgos, se debe pasar al paso 3. Paso 3: consiste en ponderar riesgos y beneficios: si “los beneficios igualan o son menores que los riesgos, la autoridad nacional no debería entablar la colaboración”⁸⁶⁹. Si los beneficios compensan a los riesgos, se sigue con el paso 4, Paso 4: Gestión de riesgos: se contemplan medidas de mitigación y se elabora un acuerdo formal de colaboración. Paso 5: Supervisión y evaluación y rendición de cuentas: en esta instancia se verifica “si la colaboración ha logrado los objetivos de salud pública en materia de nutrición y decidir si se mantiene o se da por finalizada⁸⁷⁰.” Finalmente, el paso 6: Transparencia y comunicación, cuyo objetivo consiste en comunicar a las audiencias pertinentes las actividades de colaboración y los resultados⁸⁷¹.
307. La REDESCA ha recibido aportes de la sociedad civil relativos a buenas prácticas para prevenir y gestionar conflictos de intereses que podrían ser consideradas por los Estados, como son incorporar el enfoque de derechos humanos en la formulación de políticas para abordar los conflictos de interés, incluida la protección de los valores democráticos y el principio de transparencia; y adoptar marcos jurídicos integrales para prevenir, gestionar y mitigar la influencia de sectores que puedan afectar negativamente, directa o indirectamente las políticas de salud pública. Estas deberían manejarse conforme una serie de principios: 1) protección de los derechos humanos y los intereses públicos como cuestiones prioritarias; 2) integridad, independencia y reputación del Estado, que no deben ponerse en peligro en ningún momento; 3) cumplimiento de las normas de derechos humanos garantizando la participación de los defensores de los derechos humanos en los debates⁸⁷². Asimismo, las medidas

⁸⁶⁶OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142, 2017, p.3 disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416>

⁸⁶⁷OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142, 2017 disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416>

⁸⁶⁸OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142., 201,p. 4 Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416p.2> disponible en [EB Document Format \(who.int\)](#)

⁸⁶⁹OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142., 201,p. 5 Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416p.2> disponible en [EB Document Format \(who.int\)](#)

⁸⁷⁰OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142., 201,p. 5 Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416p.2> disponible en [EB Document Format \(who.int\)](#)

⁸⁷¹OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142., 201,p. 5 Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416p.2> disponible en [EB Document Format \(who.int\)](#)

⁸⁷²Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023.Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) &Corporate Accountability

propuestas deberían desarrollarse sobre la base de las mejores pruebas científicas disponibles⁸⁷³, bajo regímenes independientes de supervisión y rendición de cuentas.⁸⁷⁴

308. Generar un entorno propicio para el diseño y la aplicación de regulaciones y políticas integrales para la prevención y tratamiento de las ENT requiere establecer mecanismos adecuados de protección contra posibles conflictos de interés.⁸⁷⁵ El respeto a los principios de proporcionalidad, transparencia, responsabilidad e imparcialidad, protege la integridad en la toma de decisiones, la supervisión, la rendición de cuentas y fortalece la confianza de los ciudadanos.⁸⁷⁶ Asimismo, es importante reconocer las diferencias y especificidades a la hora de abordar los conflictos de interés a escala de país en la esfera de la nutrición.⁸⁷⁷
309. La Relatoría Especial reitera la necesidad de alertar sobre las prácticas empresarias de posicionamiento y control de daños reputacional – donaciones y acciones solidarias o de la llamada “responsabilidad social” – y someterlas a la evaluación de conflicto de interés desde un enfoque de derechos humanos, considerando cómo el comportamiento empresarial puede influir indebidamente en la integridad del desarrollo y la aplicación de las políticas públicas en materia de ENT, así como en el goce efectivo de los derechos humanos. Al respecto, la REDESCA ha recibido información de que, en el contexto de la pandemia por COVID-19, diferentes empresas donaron productos comestibles y bebidas ultra procesados a poblaciones vulnerables, incluyendo a niños en programas escolares y poblaciones de bajos ingresos, “contribuyendo a empeorar las condiciones de salud como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y exacerbando la desnutrición con alimentos y bebidas nutricionalmente pobres”⁸⁷⁸.
310. De otra parte, también ha recibido información sobre los esfuerzos de algunos países y organismos internacionales para que las donaciones del sector privado no afectaran negativamente el derecho a una alimentación adecuada y garantizaran que los productos donados cumplieran pautas nutricionales y no sólo condiciones de seguridad e higiene alimentaria⁸⁷⁹. Entre éstos se encuentran países como Brasil (Ley nº 14.016/2020), Colombia (Ministerio de Salud Directrices para Donaciones de Alimentos y Bebidas en el Contexto de la Pandemia de COVID-19 en Colombia), y Uruguay (Protocolo para la Evaluación de Donaciones de Alimentos emitido por el Instituto Nacional de Alimentos de Uruguay - Ministerio de Asuntos Sociales); así como organizaciones como la OPS (Distribución de alimentos de Emergencia durante la Pandemia) y UNICEF (Technical Note on Financial In-kind Contributions from Food and Beverage Companies in the Context of the Pandemic)⁸⁸⁰.
311. Reconociendo el valor de los mecanismos de colaboración, así como la importancia de una activa participación de los diferentes actores sociales, es necesario contar con procedimientos para prevenir la influencia indebida e identificar y abordar los conflictos de interés en la toma de decisiones para

⁸⁷³ Pedroza-Tobias A, Crosbie E, Mialon M, et al. “Food and beverage industry interference in science and policy: efforts to block soda tax implementation in Mexico and prevent international diffusion”. *BMJ Global Health* 2021;6:e005662. doi:10.1136/bmjgh-2021-005662

⁸⁷⁴ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

⁸⁷⁵ OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país: informe del Director General*. Consejo Ejecutivo, 142. 2017, p. 1 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416>

⁸⁷⁶ WHO. *Managing conflicts of interest: a how-to guide for public pharmaceutical-sector committees in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization; 2022, p.vi disponible en [Managing conflicts of interest, a how-to guide for public pharmaceutical-sector committees in low- and middle-income countries \(who.int\)](#)

⁸⁷⁷ OMS. *Salvaguardias ante posibles conflictos de intereses en los programas de nutrición: proyecto de enfoque para la prevención y el manejo de los conflictos de intereses en la formulación de políticas y la ejecución de programas de nutrición a escala de país*: Informe del Director General. Consejo Ejecutivo, 142., 201.p. 2 disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/27416p.2> disponible en [EB DocumentFormat \(who.int\)](#)

⁸⁷⁸ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

⁸⁷⁹ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

⁸⁸⁰ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

salvaguardar la salud pública⁸⁸¹. La REDESCA reitera la recomendación de adoptar medidas para identificar, evitar y regular adecuadamente los conflictos de interés, sean estos reales o aparentes, así como la recomendación de adoptar medidas para prevenir la influencia indebida de los sectores a ser regulados, en particular en el contexto de la formulación de políticas públicas dirigidas a proteger la salud pública.

D. Aplicación nacional de mejores inversiones para reducir el impacto de las ENT

312. La REDESCA señala que pese a las amenazas reales y urgentes sobre el derecho a la salud y otros derechos humanos relacionados que representa la carga de las ENT sobre las personas, las familias y los sistemas de salud, también existe una oportunidad extraordinaria para los Estados de incentivar reformas urgentes con el fin de acortar las brechas y desigualdades existentes en el continente americano y enfocar sus respuestas en asegurar el disfrute efectivo de los derechos sin discriminación. Asimismo, la Relatoría Especial reconoce los importantes esfuerzos que los Estados en la región han realizado y continúan realizando en la adopción de medidas dirigidas a la prevención y tratamiento de las ENT. En este sentido, también resulta alentador el interés expresado por la Cámara de la Industria de Alimentos de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), la Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria de Alimentos y Bebidas (ALAIAB) y el Grupo Regional para Latinoamérica y el Caribe del Consejo Internacional de Asociaciones de Bebidas (ICBA). en contribuir al presente Informe., ya que como lo han expresado laCIDH y esta Relatoría Especial, “las empresas tienen la capacidad fáctica, de incidir en forma directa, y en algunos casos, decisiva” en la realización de los derechos humanos.⁸⁸².
313. Al respecto, la REDESCA destaca la información recibida indicando que gran parte de las empresas que conforman a ICBA y a ALAIAB han acogido voluntariamente los Principios Rectores sobre Empresas y Derechos Humanos. Al respecto se informa sobre la adopción de “medidas para asegurar que la aplicación de las políticas internas en materia de derechos humanos se extienda a toda la cadena productiva de las empresas asociadas”. En síntesis, las medidas implementadas de las que se ha informado a REDESCA habrían comprendido, entre otras: ejercicios de debida diligencia; códigos de conducta para proveedores; programas de educación; sistema de gestión de quejas por la conducta de proveedores; imposición de requisitos cualificados para contratar; y programas de acompañamiento. La REDESCA agradece la información recibida y saluda los esfuerzos a que hace referencia, alentando a profundizarlos con base en los estándares y recomendaciones del presente informe⁸⁸³.
314. Sin perjuicio de ello, la REDESCA comparte la preocupación por los limitados avances registrados en la aplicación regional de las intervenciones recomendadas, no obstante la existencia de diferentes estrategias y planes de acción de la OMS y la OPS relacionados con la prevención y el control de las ENT, además de diversos compromisos internacionales, incluyendo la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, un tratado vinculante del cual son parte diversos países de la región⁸⁸⁴.
315. Conforme el análisis de la OPS “de las 80 medidas analizadas para la prevención y el control en relación con el alcohol, la alimentación no saludable y el tabaco, los países han aprobado normativa para menos de la mitad de ellas (la mayoría de los países tiene normativa sobre entre 20 y 30 intervenciones), y muchas de las medidas existentes no cumplen con las recomendaciones internacionales y con las estrategias y planes de acción regionales y mundiales”.⁸⁸⁵ En la misma línea, se advierte que “el 53% de los países analizados ha elaborado un plan nacional multisectorial para la prevención y el control de las

⁸⁸¹ WHO. *Managing conflicts of interest: a how-to guide for public pharmaceutical-sector committees in low- and middle-income countries*. Geneva: World Health Organization; 2022, p.1 disponible en [Managing conflicts of interest, a how-to guide for public pharmaceutical-sector committees in low- and middle-income countries \(who.int\)](#)

⁸⁸² REDESCA- CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 194.

⁸⁸³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

⁸⁸⁴ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas masticoficaces en América Latina*, Washington, 2019, p.34 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁸⁵ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas masticoficaces en América Latina*, Washington, 2019, p.34 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

ENT, y el 58% ha establecido metas para la reducción de las ENT y sus factores de riesgo basadas en las recomendaciones de la OMS⁸⁸⁶”

316. En esta sección se describen algunas de las principales intervenciones consideradas adecuadas para prevenir y controlar las ENT conforme las recomendaciones internacionales, implementadas por países de la región.

a. Medidas para promover la alimentación saludable

317. La seguridad alimentaria y nutricional mediante el acceso a una alimentación sana y nutritiva es un factor determinante del derecho a la salud⁸⁸⁷, así como un derecho humano independiente. Como contracara, la alimentación poco saludable y la malnutrición resultante son los principales impulsores de las ENT; la hipertensión, la hiperglucemia en ayunas, así como el sobrepeso y la obesidad son los tres factores de riesgo más asociados con la mortalidad en la región de las Américas⁸⁸⁸. En el año 2017 estos factores fueron responsables del 44% de todas las muertes en la Región, es decir, cerca de 3,1 millones de personas y de la pérdida de años de vida por muerte prematura,⁸⁸⁹ discapacidad sobreviniente o fuerte impacto en la calidad de vida.

318. En la región, la OPS ha alertado sobre la tendencia sostenida al incremento de las ventas de productos procesados y ultra procesados, lo cual se refleja a su vez en el aumento de la obesidad, la diabetes y las ECV.⁸⁹⁰ Por su parte, organizaciones de la sociedad civil han hecho saber a la REDESCA que la región del Caribe, por ejemplo, importa más del 80% de los alimentos que consume, con excepción de Belice, Guyana y Haití (que producen más del 50% de lo que consumen)⁸⁹¹. Lo anterior resulta problemático a la luz de un reporte de FAO y CBD, que señala que “una alta proporción de la comida importada es calóricamente densa, alta en grasas y azúcar. Dado que estos productos son más baratos que alternativas más saludables, los hogares más pobres son más proclives a realizar elecciones nutricionalmente poco saludables, lo que lleva al incremento de los niveles de obesidad en la población”.⁸⁹² Por su parte, la Cámara de la Industria de Alimentos (ANDI), ha informado a la REDESCA que “en sus planes estratégicos”, las empresas de la Cámara “tienen como meta que un porcentaje importante de sus innovaciones en productos sean en salud y nutrición, así como la disminución del uso de (...) el sodio, los azúcares añadidos y las grasas saturadas.”⁸⁹³

319. En el caso de México, se ha reportado que la inversión extranjera directa –particularmente en el contexto del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN)- “aceleró la transformación hacia un perfil más industrializado y hacia alimentos ultra procesados (...) con impactos negativos en la agricultura, cultura alimenticia y salud de México”⁸⁹⁴. En paralelo, la REDESCA fue informada por organizaciones

⁸⁸⁶OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficaces en América Latina*, Washington, 2019,p.34 disponible en [9789275320662 spa.pdf \(paho.org\)](#), nota: conforme la más reciente actualización las intervenciones son 90, como se señala luego en el Informe.

⁸⁸⁷ Consejo de Derechos Humanos . Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud*/HRC/26/31, 2014

⁸⁸⁸ OPS. *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*, 2020 p.7 disponible en [OPSNMHRF200033 spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁸⁹ OPS. *El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas*, 2020 p.7 disponible en [OPSNMHRF200033 spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁹⁰ OPS. *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones* 2019 p. 13 disponible en [9789275320327 spa.pdf \(paho.org\)](#)

⁸⁹¹ *Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023, p.4. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus

⁸⁹²FAO and CDB. 2019. *Study on the State of Agriculture in the Caribbean*, Rome. p.23 disponible en [Study on the State of Agriculture in the Caribbean \(fao.org\)](#)

⁸⁹³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Cámara de la Industria de Alimentos de la Asociación de Empresarios de Colombia, ANDI.

⁸⁹⁴ Alyshia Gálvez. *Comer con el TLC: Comercio, políticas alimentarias y la destrucción de México*, 2022.; Clark SE, Hawkes C, Murphy SME, Hansen-Kuhn KA, Wallinga D. Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *Int J Occup Environ Health*. 2012;18(1):53-64. <https://doi.org/10.1179/1077352512Z.0000000007> citado por El Poder del

empresariales (ALAIAB/ICBA) sobre la existencia de la iniciativa Agrovita en México, que busca “impactar en la calidad de vida de las mujeres (...) y el empoderamiento económico [mediante] un programa de tres años, destinado a la implementación de prácticas agrícolas regenerativas en el cultivo de plátano, cacao y palma de aceite”.⁸⁹⁵

320. Como se ha mencionado a lo largo de este informe, el consumo de productos del tabaco, alcohol, productos alimenticios y bebidas no saludables, son factores de riesgo para el desarrollo de ENT, contribuyendo a una situación de impacto en la salud pública que debe ser abordada por los Estados. A continuación, se hace referencia a una serie de herramientas regulatorias destacadas para crear entornos saludables que contribuyan a modificar los hábitos alimentarios y facilitar las elecciones más saludables de las personas.

i. Impuestos saludables

321. Los impuestos saludables son impuestos selectivos al consumo, que se aplican a los productos “que tienen un impacto negativo en la salud pública como el tabaco, las bebidas alcohólicas y las bebidas azucaradas”⁸⁹⁶ y contribuyen a disminuir su consumo, generar ingresos fiscales inmediatos adicionales y potencialmente a reducir los costos en atención médica así como aumentar la productividad laboral. Por esta razón, además de ser intervenciones altamente costo efectivas, han sido descritas como una opción de política con “triple ganancia.”⁸⁹⁷ Estas medidas son consideradas una herramienta valiosa para lograr alcanzar los ODS, ya que colaboran en reducir la carga de la ENT (ODS3), son medidas progresivas que “benefician en gran medida a las poblaciones vulnerables que soportan una mayor carga de salud (ODS 1, 5, 10), e impulsan el desarrollo económico mediante una fuerza laboral más saludable (ODS 8).”⁸⁹⁸ En cuanto a argumentos que suelen esgrimirse en relación al impacto en el empleo, vale resaltar que según la OPS y la OMS “la evidencia señala efectos no significativos o efectos positivos netos sobre el empleo; es probable que reducciones en el empleo relacionadas con la producción y venta de productos no saludables se compensen con aumentos de empleo”⁸⁹⁹⁹⁰⁰

322. La REDESCA recuerda que la política fiscal es un instrumento clave para garantizar los derechos humanos⁹⁰¹, particularmente los DESC. Por lo tanto, los Estados deben evaluar su política fiscal tomando en cuenta sus impactos en los derechos humanos de forma integral. La Relatoría reitera que, en virtud de la obligación de garantía en conjunto con la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno, los Estados pueden utilizar las herramientas fiscales a su disposición para modificar los factores de riesgo que generan las ENT y crear entornos saludables, y de este modo facilitar que las personas gocen del máximo nivel posible de salud.

ii. Impuestos sobre bebidas azucaradas

323. El consumo promedio de bebidas azucaradas en América Latina y el Caribe es el más alto del mundo registrándose “las tasas más altas por mortalidad absoluta relacionada al consumo de bebidas azucaradas en el mundo con alrededor de 159 muertes por millón de adultos, en comparación a la media global de 46 por millón, donde un 80% de esas muertes están asociadas a la diabetes.”⁹⁰² Ello contrasta con lo afirmado por organizaciones empresariales (ALAIAB/ICBA) según las cuales “bajo la

Consumidor A.C. en *la Respuesta al Cuestionario de la REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el marco jurídico interamericano de derechos humanos*, febrero 2023, p.5

⁸⁹⁵ PEPSICO México. El impacto de Agrovita contado por sus beneficiarias, citado por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA) en *Respuesta al cuestionario de la REDESCA sobre enfermedades no transmisibles y derechos humanos*.

⁸⁹⁶ OPS. *Impuestos saludables: guía breve (síntesis de política de la OMS)*, 2020, p.4 disponible en [OPSWMHHRF200012_spa.pdf \(paho.org\)](https://www.ops.org.pa/OPSWMHHRF200012_spa.pdf)

⁸⁹⁷ OPS. *Impuestos saludables*, disponible en [Impuestos saludables - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.ops.org.pa/OPSWMHHRF200012_spa.pdf)

⁸⁹⁸ OPS. *Impuestos saludables*, disponible en [Impuestos saludables - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.ops.org.pa/OPSWMHHRF200012_spa.pdf)

⁸⁹⁹ OPS. *Impuestos saludables*, disponible en [Impuestos saludables - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.ops.org.pa/OPSWMHHRF200012_spa.pdf)

⁹⁰⁰ Lisa M. Powell, Roy Wada, Joseph J. Persky, Frank J. Chaloupka, “Employment Impact of Sugar-Sweetened Beverage Taxes”, *American Journal of Public Health* 104, no. 4 (April 1, 2014): pp. 672-677. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301630> disponible en [Employment Impact of Sugar-Sweetened Beverage Taxes | AJPH | Vol. 104 Issue 4 \(aphapublications.org\)](https://ajphaphublications.org/)

⁹⁰¹ CIDH. *Informe sobre pobreza y derechos humanos en las Américas*, aprobado el 7 de septiembre de 2017, párrs. 494 y 501.

⁹⁰² Sandoval RC, Roche M, Belausteguigoitia I, Alvarado M, Galicia L, Gomes FS, et al. Excise taxes on sugar-sweetened beverages in Latin America and the Caribbean. *RevPanamSalud Publica*. 2021;45:e21. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.21> p.2

implementación de programas totalmente empresariales, en América Latina y el Caribe, desde el año 2000 hasta el 2020, el consumo de azúcar y calorías provenientes de las bebidas no alcohólicas se redujo en 18.6% y 15.4% respectivamente⁹⁰³." La OMS señala que las políticas fiscales sobre las bebidas azucaradas que suponen un incremento del precio de venta de al menos un 20% resultarían en reducciones proporcionales en el consumo de estos productos⁹⁰⁴.

324. Como se ha mencionado, la política fiscal es una pieza muy relevante dentro del conjunto de medidas regulatorias que pueden ayudar a mejorar el entorno alimentario y cambiar comportamientos⁹⁰⁵ en pos de mejorar la salud y prevenir las ENT. En ese contexto, resulta evidente la importancia de los impuestos sobre las bebidas azucaradas como parte de un enfoque integral para reducir su consumo.⁹⁰⁶ Al igual que sucede con otros impuestos saludables, los beneficios resultantes de su imposición pueden ser mayores si se aplican como parte de un paquete de medidas de reducción de la demanda, tales como restringir la promoción y comercialización de las mismas, regular su etiquetado, así como prohibirlas en las escuelas y otros entornos.⁹⁰⁷
325. Según datos de la OPS, al año 2019, 21 de los 33 Estados de América Latina y el Caribe aplicaban impuestos selectivos a nivel nacional sobre las bebidas azucaradas y siete jurisdicciones de Estados Unidos de América las gravaban con impuestos locales⁹⁰⁸. Sin embargo, si bien este número es prometedor, la mayoría de esos impuestos se podría ampliar para mejorar su impacto en la salud.⁹⁰⁹ Asimismo, hasta 2019, únicamente México había establecido dichos impuestos como resultado de un análisis de demanda y con un objetivo explícito de salud pública en relación con la reducción del consumo de bebidas azucaradas como medida para prevención de la obesidad⁹¹⁰.
326. En septiembre de 2013, el Congreso mexicano aprobó un impuesto especial de \$1 por litro a las bebidas azucaradas (que significó un aumento de sus precios en aproximadamente 10%) y un impuesto ad valorem del 8% sobre una lista definida de alimentos no esenciales de alta densidad energética, que entraron en vigor el 1 de enero de 2014⁹¹¹. Estos impuestos tienen como objetivo desincentivar el consumo de productos que dañan la salud; pero además pueden tener beneficios adicionales, en tanto su producción implica el despojo de agua a comunidades y la contaminación del medio ambiente por la generación de residuos plásticos⁹¹².
327. Organizaciones de la sociedad civil informaron que en México las empresas se opusieron abiertamente al impuesto, al tiempo que financiaron a personal científico para que realizara investigaciones que demostraran el fracaso del impuesto "para lograr beneficios para la salud a la vez que perjudica a la economía⁹¹³". Sin embargo, un estudio independiente publicado en enero del año 2016 documentó que,

⁹⁰³903 *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

904 OMS. La OMS insta a tomar acción a nivel mundial para reducir el consumo de las bebidas azucaradas y su impacto sobre la salud disponible en OPS/OMS | La OMS insta a tomar acción a nivel mundial para reducir el consumo de las bebidas azucaradas y su impacto sobre la salud (paho.org)

⁹⁰⁵OPS/OMS. *La tribulación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas*, 2021, p.2 disponible en [La tributación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹⁰⁶OPS/OMS. *La tribulación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas*, 2021 p.2 disponible en [La tributación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas, 2021 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹⁰⁷ WHO. *Manual on sugar-sweetened beverage taxation policies to promote healthy diets*, 2022 p.vi, disponible en [9789240056299-eng.pdf](#)

⁹⁰⁸OPS/OMS. *La tribulación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas* 2021, disponible en [La tributación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas, 2021 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹⁰⁹OPS/OMS. *La tribulación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas* 2021, disponible en [La tributación de las bebidas azucaradas en la Región de las Américas, 2021 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

⁹¹⁰ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 25, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>;

⁹¹¹Colchero et al. *Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study* BMJ 2016;352:h6704 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704>

⁹¹²*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA El Poder del Consumidor AC (México)*

⁹¹³*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & CorporateAccountabilityT

durante el primer año del impuesto, el volumen medio de bebidas gravadas compradas mensualmente fue un 6% inferior a lo que habría cabido esperar sin el impuesto y la reducción fue mayor entre los hogares de menores ingresos⁹¹⁴. Según otro estudio, el impuesto a las bebidas azucaradas en México redujo su consumo en 5,5% en el 2014 y 9,7% en el 2015, y al mismo tiempo aumentó la venta de bebidas que no están gravadas, como el agua embotellada, en 2,1%⁹¹⁵. No obstante, estos resultados positivos para la salud pública, este estudio reporta que desde la industria se sigue intentando obstaculizar la implementación de los impuestos saludables, demostrando cómo esas resistencias pueden persistir aun después de que las políticas se han convertido en ley, mediante intentos de hacer retroceder la legislación, de paralizar o impedir la difusión de las políticas a escala internacional, o bien interferir en la fiscalización⁹¹⁶.

328. Según información facilitada por organizaciones de la sociedad civil, en Barbados, a partir de abril del 2022 se elevó el impuesto a las bebidas azucaradas del 10% al 20%, ampliando además la base imponible para incluir una mayor cantidad de productos alcanzados por el impuesto, siguiendo las recomendaciones de la OMS⁹¹⁷.

329. Asimismo, la Relatoría Especial ha recibido información de que, no obstante, la fuerte presión de las industrias del sector, Colombia aprobó en el año 2022 la Ley n° 2277 que establece impuestos sobre alimentos y bebidas ultra procesadas⁹¹⁸. El impuesto a las bebidas azucaradas ultra procesadas es un impuesto específico por gramos de azúcar con tasas progresivas distribuidas en tres bandas según el contenido de azúcar y tasas graduales a lo largo de tres años⁹¹⁹. El impuesto se aplicará a partir de noviembre de 2023 y la ley contempla ajustes por inflación para los años 2023, 2024 y 2025. Algunos de los productos incluidos en la base imponible son los refrescos, las bebidas a base de malta, las bebidas a base de frutas en cualquier concentración, bebidas carbonatadas, bebidas energéticas, bebidas deportivas, aguas saborizadas y mezclas en polvo⁹²⁰. Sin embargo, desde las organizaciones de la sociedad civil se ha reportado que el impuesto excluye a las bebidas que han sido endulzadas con edulcorantes de alto contenido calórico o con edulcorantes no calóricos, pese a que se trata productos que son de interés para la salud pública⁹²¹. Por su parte, organizaciones empresariales nucleadas en ALAIB eICBA han informado a la Relatoría Especial que “en el sector de bebidas, en 2019, la industria fortaleció sus esfuerzos de reformulación y diversificación de los productos ofrecidos, presentando los siguientes avances: (i) el 55% de las bebidas son bajas o sin calorías; (ii) en los últimos años, se lanzaron 172 nuevos productos bajos o sin calorías; (iii) 3 de cada 10 bebidas han sido reformuladas, y (iv) se redujeron en un 15% las calorías promedio en cada 100 mililitros de bebida, entre 2008 y 2020⁹²².” Por su parte, la Cámara de la Industria de Alimentos ha informado a la REDESCA que, en sus planes estratégicos, las empresas de la Cámara de la Industria “tienen como meta que un porcentaje importante

⁹¹⁴Colchero et al. *Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study* BMJ 2016;352:h6704 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704>

⁹¹⁵OPS . *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 25, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>;

Colchero et al. *Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study* BMJ 2016;352:h6704 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704>

⁹¹⁶Pedroza-Tobias A, Crosbie E, Mialon M, et al. Food and beverage industry interference in science and policy: efforts to block soda tax implementation in Mexico and prevent international diffusion. *BMJ Global Health* 2021;6:e005662. doi:10.1136/bmjgh-2021-005662

⁹¹⁷*Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus.

⁹¹⁸*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

⁹¹⁹*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

⁹²⁰*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability

⁹²¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, FIAN Colombia, *Red PaPaz,, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

⁹²² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA* por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)

de sus innovaciones en productos sean en salud y nutrición, así como la disminución del uso de nutrientes de interés en la salud pública, como el sodio, los azúcares añadidos y las grasas saturadas⁹²³”

330. En el caso del impuesto sobre los alimentos ultra procesados, se aplicará gradualmente a lo largo de tres años; la base imponible incluye algunos productos lácteos, cereales, gelatinas, condimentos, helados y otros con alto contenido en azúcares añadidos, sodio y grasas saturadas⁹²⁴. La tarifa será del diez por ciento (10%) en el año 2023, quince por ciento (15%) en el año 2024, y veinte por ciento (20%) en el año 2025.⁹²⁵ Así, Colombia se convierte, junto a México, en los únicos dos países de la región donde se aplica un gravamen sobre comestibles no saludables.
331. Por su parte, el gobierno de Chile también ha informado que cuenta con un impuesto adicional a las bebidas que presentan un elevado contenido de azúcar,⁹²⁶ con algunos resultados prometedores⁹²⁷. En Argentina, organizaciones de la sociedad civil hicieron saber a la REDESCA que cuando se modificó la ley de impuestos internos a los productos de tabaco y algunas bebidas alcohólicas, las bebidas analcohólicas (bebidas azucaradas) también iban a ser alcanzadas por la reforma. Sin embargo, tras la interferencia de actores ligados a esta industria, el gobierno decidió mantener el esquema vigente. Una situación similar ocurrió con el vino, que mantuvo su esquema impositivo (0%)⁹²⁸
- iii. Etiquetado frontal de advertencia
332. El etiquetado frontal de advertencia ha probado ser el modo más efectivo de permitir a las personas consumidoras identificar las características del producto y reconocer las opciones menos dañinas⁹²⁹, al brindar información concreta, clara y comprensible para realizar una rápida identificación del potencial impacto de ese producto en la salud, haciendo real el ejercicio del consentimiento informado y el derecho a la información. Advirtiendo a los consumidores mediante sellos colocados en el frente del empaquetado si un producto es perjudicial para la salud por contener un exceso de azúcar, grasas o sodio. Diversas investigaciones han mostrado que los consumidores seleccionan productos saludables cuando tienen etiquetados sencillos, y que los etiquetados numéricos son difíciles de interpretar⁹³⁰.
333. Información aportada por organizaciones de la sociedad civil dan cuenta que Argentina, Brasil, Chile, Uruguay, Perú, Colombia, México y Canadá tienen normas de etiquetado frontal; la regulación en Argentina, Colombia y México obliga incluso a explicitar si el producto tiene cafeína o edulcorantes artificiales no recomendables para niños.⁹³¹
334. El gobierno argentino facilitó información sobre la Estrategia Nacional de Entornos Saludables (2021), la cual de manera transversal consolida las políticas regulatorias de los programas para enfrentar los diferentes factores de riesgo - tales como el Programa Nacional de Control del Tabaco, el Programa Nacional de Alimentación Saludable y prevención de la Obesidad, el Programa Nacional de Lucha contra

⁹²³ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Cámara de la Industria de Alimentos de la Asociación de Empresarios de Colombia, ANDI.

⁹²⁴ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability

⁹²⁵ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability

⁹²⁶ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.

⁹²⁷ OPS. Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina, 2019, pág. 25, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

⁹²⁸ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

⁹²⁹ OPS. El etiquetado frontal como instrumento de política para prevenir enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas, 2020 disponible en [opsnmhrf200033_spa.pdf \(paho.org\)](https://opsnmhrf200033_spa.pdf)

⁹³⁰ Tolentino-Mayo L, Sagaceta-Mejía J, Cruz-Casarrubias C, Ríos-Cortázar V, Jauregui A, Barquera S. Comprensión y uso del etiquetado frontal nutrimental Guías Diarias de Alimentación de alimentos y bebidas industrializados en México. Salud Pública Mex. 2020;62:786-797, <https://doi.org/10.21149/11568p787> p 787, disponible en [Vista de Comprensión y uso del etiquetado frontal nutrimental Guías Diarias de Alimentación de alimentos y bebidas industrializados en México \(saludpublica.mx\)](https://doi.org/10.21149/11568p787)

⁹³¹ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

- el Consumo Excesivo de Alcohol, el Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo y el Programa Nacional de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares, entre otros⁹³².
335. La Ley N° 25.724 crea el Programa de Nutrición y Alimentación Nacional y la Ley N°26.905 regula el de sodio. Esta última norma establece que la autoridad de aplicación debe: a) fijar en los envases en los que se comercializa el sodio los mensajes sanitarios que adviertan sobre los riesgos que implica su excesivo consumo; b) determinar en la publicidad de los productos con contenido de sodio los mensajes sanitarios sobre los riesgos que implica su consumo excesivo; c) determinar en acuerdo con las autoridades jurisdiccionales el mensaje sanitario que deben acompañar los menús de los establecimientos gastronómicos respecto de los riesgos del consumo excesivo de sal⁹³³.
336. Argentina sancionó en noviembre del 2021 la Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable – reglamentada por el decreto 151/2022. La ley es una las más potentes de la región y adopta una política de etiquetado frontal de advertencia siguiendo los estándares del modelo de perfil nutricional de la OPS. Se trata de una norma amplia que, además de reglamentar el etiquetado frontal y la declaración obligatoria de azúcares, incluye restricciones de promoción, patrocinio y publicidad de productos no saludables; disposiciones relativas a entornos escolares; y pautas para las contrataciones públicas de alimentos y bebidas.
337. La Ley regula el etiquetado frontal como herramienta para garantizar el derecho a la salud y “promover la toma de decisiones asertivas y activas y resguardar los derechos de las consumidoras y los consumidores.” La norma incluye a productos con edulcorantes y cafeína, los que deberán agregar la leyenda “contiene edulcorante/cafeína, evitar en niños/as.”⁹³⁴ Además, establece que los alimentos y bebidas analcohólicas envasadas que contengan algún sello de advertencia no pueden agregar información nutricional complementaria; incluir logos o frases de avales de sociedades científicas; ni tener personajes animados, celebridades, deportistas o mascotas, promesa de regalos, u otros que los hagan más atractivos; ni comercializarse en entornos educativos.⁹³⁵
338. Asimismo, la REDESCA recibió información de organizaciones de la sociedad civil que dan cuenta de que Argentina aprobó recientemente un límite del 2% en el contenido de ácidos grasos trans y la prohibición de aceites y grasas parcialmente hidrogenados en la industria alimentaria, que se aplicará progresivamente en cuatro años⁹³⁶.
339. Por su parte, el gobierno de Uruguay indicó que cuenta con normativa que establece el rotulado frontal de advertencia.⁹³⁷ El Decreto N° 272/018, del 29 de agosto de 2018 contempla la inclusión de un rotulado frontal. Asimismo, exhorta a la administración pública estatal a que “al momento de adquirir a cualquier título alimentos que contengan el rotulado frontal, evalúen su conveniencia y adecuación a la política pública promovida por el presente decreto”. Concordantemente, exhorta a los centros educativos públicos y privados, así como otros centros de cuidado y atención a la infancia y la familia, “a incluir, en todos sus niveles y modalidades de enseñanza, actividades que contribuyan a desarrollar hábitos de una alimentación saludable y adviertan sobre los efectos nocivos de una dieta excesiva en grasas, saturadas, azúcares y sodio⁹³⁸”.

⁹³²Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, marzo 2023 Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables.

⁹³³Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, marzo 2023 Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables..

⁹³⁴Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, marzo 2023. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables.(Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable, disponible en [Texto completo | Argentina.gob.ar](#))

⁹³⁵Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable, disponible en [Texto completo | Argentina.gob.ar](#)

⁹³⁶Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023.Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) &Corporate Accountability.

⁹³⁷Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, marzo 2023.Gobierno de Uruguay

⁹³⁸Ministerio de Salud de Uruguay. *Manual para la aplicación del decreto 272/018 sobre rotulado frontal de alimentos*, artículos 9 y 10, disponible en [MSP Manual Aplicacion Rotulado Frontal Alimentos.pdf \(www.gub.uy\)](#)

340. México tiene el índice más alto en la región de obesidad y sobrepeso infantil y el segundo en obesidad en personas adultas⁹³⁹. Conforme la información aportada por organizaciones de la sociedad civil de México⁹⁴⁰, el etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados de fabricación nacional o extranjera basada en las Guías Diarias de Alimentación (GDA) fue obligatorio de acuerdo a la NOM-051-SCFI/SSA1-2010⁹⁴¹ desde 2010. En el año 2020 este sistema fue dejado de lado para adoptar el etiquetado frontal de advertencia, ya que, de acuerdo a varias evaluaciones científicas, las GDA no eran comprendidas ni utilizadas por la población mexicana⁹⁴². El nuevo etiquetado, alineado con las indicaciones de la OMS/OPS, consta de 5 sellos de advertencia para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados que superen límites establecidos de ingredientes críticos para la salud y 2 leyendas precautorias cuando producto contiene edulcorantes o cafeína, dirigidas a que se evite el consumo por niños y niñas⁹⁴³.
341. Esta misma regulación establece que los productos que lleven sellos de advertencia o la leyenda precautoria sobre edulcorantes no pueden incluir en su etiqueta “personajes infantiles, animaciones, dibujos animados, celebridades, deportistas o mascotas, elementos interactivos, tales como, juegos visual-espaciales o descargas digitales, que, estando dirigidos a niños, inciten, promueven o fomenten el consumo, compra o elección de productos con exceso de nutrimentos críticos o con edulcorantes”⁹⁴⁴. Esta prohibición, en relación con la publicidad de los productos que lleven cualquiera de los elementos del sistema de etiquetado frontal, fue reiterada en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad, modificado en 2022⁹⁴⁵. El reglamento contenía ya regulaciones sobre la publicidad de bebidas no alcohólicas, restricciones a la promoción, publicidad y patrocinio de bebidas alcohólicas, tabaco y suplementos alimenticios, restringiendo asimismo la publicidad y la promoción publicitaria de fórmulas para lactantes⁹⁴⁶.
342. En el caso de México, en consonancia con lo denunciado en otros países de la región en relación a medidas regulatorias para favorecer entornos saludables, la sociedad civil ha reportado que la industria alimentaria ha desplegado una estrategia de juicios federales para intentar desactivar la regulación del etiquetado de advertencia.⁹⁴⁷
343. En el año 2021 Colombia sancionó la Ley N° 2120, que adopta el etiquetado frontal de advertencia y su Resolución N° 810 de 2021 que establece el reglamento técnico sobre los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados y empacados para consumo humano. Según organizaciones de la sociedad civil, la emisión de la Resolución N° 2492 de 2022 -que modificó varios de los artículos de la Resolución N° 810- ha sido considerada un avance en materia de salud pública y de derechos humanos que reconoce la importancia de la evidencia sin conflicto de interés en materia de políticas públicas al establecer los aspectos técnicos del etiquetado frontal de advertencias

⁹³⁹ Colchero et al” Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study” *BMJ* 2016;352:h6704 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.h6704>

⁹⁴⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, febrero 2023. El Poder del Consumidor rA.C. (México)

941 Diario Oficial de la Federación. *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria*, publicada el 5 de abril de 2010 disponible en [seeco11.C \(dof.gob.mx\)](https://seeco11.c.dof.gob.mx)

⁹⁴² Tolentino-Mayo L, Sagaceta-Mejía J, Cruz-Casarrubias C, Ríos-Cortázar V, Jauregui A, Barquera S. *Comprensión y uso del etiquetado frontal nutrimental Guías Diarias de Alimentación de alimentos y bebidas industrializados en México*. *Salud Pública Mex.* 2020;62:786-797. <https://doi.org/10.21149/11568>

⁹⁴³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, febrero 2023. El Poder del Consumidor A.C. (México)

⁹⁴⁴ *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria*, publicada el 5 de abril de 2010, art. 4.1.5 a)

⁹⁴⁵ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad - Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2000 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 08-09-2022, artículo 25Bis. Disponible en [Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad \(diputados.gob.mx\)](https://www.dof.gob.mx/Reglamento-de-la-Ley-General-de-Salud-en-Materia-de-Publicidad-(diputados.gob.mx))

⁹⁴⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad - Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de mayo de 2000 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 08-09-2022 disponible en [Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad \(diputados.gob.mx\)](https://www.dof.gob.mx/Reglamento-de-la-Ley-General-de-Salud-en-Materia-de-Publicidad-(diputados.gob.mx))

⁹⁴⁷ *Acuden al amparo 26 empresas contra eliminación de glifosato*, disponible en <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/09/28/sociedad/acuden-al-amparo-26-empresas-contra-eliminacion-de-glifosato/>

asumiendo los criterios establecidos por organizaciones internacionales como OPS, OMS y la academia⁹⁴⁸.

iv. Regulación de los entornos escolares

344. Desde la sociedad civil se ha reportado que Brasil, Chile y Argentina tienen leyes que prohíben la comercialización de productos no saludables en entornos escolares y en México el estado de Oaxaca también lo prohíbe. En Argentina, la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable establece que los alimentos y bebidas analcohólicas que contengan al menos un sello de advertencia o leyendas precautorias no pueden ser ofrecidos, comercializados, publicitados, promocionados o patrocinados en los establecimientos educativos que conforman el nivel inicial, primario y secundario del sistema educativo nacional. En cuanto al ámbito escolar, la ley establece que el Consejo Federal de Educación debe promover la inclusión de actividades didácticas y políticas que fijen los contenidos mínimos de la educación alimentaria nutricional en los establecimientos educativos, a fin de contribuir al desarrollo de hábitos alimenticios saludables y advertir sobre los efectos nocivos de una alimentación inadecuada.
345. En Colombia, pese a existir medidas relativas a los entornos escolares desde el 2021, aún no han sido reglamentadas.⁹⁴⁹ La sociedad civil en Uruguay ha señalado a esta Relatoría que en el año 2022 se ha modificado la ley de Protección de la salud de la población infantil y adolescente a través de la promoción de hábitos alimenticios saludables, prohibiéndose la publicidad de productos no saludables en entornos escolares⁹⁵⁰, pero su implementación fue demorada hasta el año 2024⁹⁵¹.
346. Según señala la información facilitada por organizaciones de la sociedad civil⁹⁵², Brasil ha sido pionero en la regulación en entornos escolares, al considerar desde fines de los años 70 del siglo pasado que el acceso adecuado a alimentación saludable es un derecho humano, que involucra el acceso a alimentación nutritiva y culturalmente adecuada. El Programa Nacional de Alimentación en las Escuelas fue creado en 1979 para apoyar las necesidades nutricionales de niños y niñas al brindarles al menos una comida diaria en la escuela y actualmente está regulado por la Ley N° 11.947 /2009, la Resolución N° 6/2020 sobre Comida en las Escuelas Nacionales y sus normas complementarias.⁹⁵³ Algo que es señalado como notable de la Ley N° 11.947 /2009 es que establece porcentajes máximos que deben respetarse al momento de adquirir alimentos en el contexto del Programa de Alimentación en las Escuelas: ello incluye que al menos un 30% de los fondos estatales deben destinarse en la adquisición de alimentos directamente de familias emprendedoras rurales o campesinas o sus organizaciones; al menos un 75% de los recursos deben destinarse a la compra de alimentos frescos o mínimamente procesados, un máximo del 20% puede ser usado en la compra de productos ultraprocesados y un máximo del 5% en la compra de ingredientes culinarios procesados⁹⁵⁴. En este mismo sentido, la Nota Técnica N° 2974175 emitida por el Fondo Nacional de Educación considera que el acceso adecuado a alimentación saludable es un derecho humano, que involucra el acceso a alimentación nutritiva y culturalmente adecuada⁹⁵⁵.

⁹⁴⁸ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023* FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez. *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, p.14.

⁹⁴⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023* FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez. *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, p.14.

⁹⁵⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. Alianza ENT Uruguay

⁹⁵¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

⁹⁵² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability.

⁹⁵³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability.

⁹⁵⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability.

⁹⁵⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability.

347. En Chile conforme a la Ley N°20.606 sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad establece que los productos altos en nutrientes críticos no pueden venderse en las escuelas, anunciarse o promoverse, ni entregarse de manera gratuita a los niños menores de 14 años. Además, en ningún caso se podrán utilizar ganchos comerciales tales como juguetes, accesorios, adhesivos, incentivos u otros similares para promoverlos⁹⁵⁶. A fines del año 2015 entra en vigencia la Ley 20.869 sobre publicidad de alimentos, que prohíbe la publicidad y promoción que induzca al consumo de alimentos altos en azúcares, grasas y/o sodio “que, por su presentación gráfica, símbolos y personajes utilizados, se dirija a menores de catorce años, captando preferentemente su atención”. Asimismo, se establece que “ninguna publicidad de alimentos podrá afirmar que los referidos productos satisfacen por sí solos los requerimientos nutricionales de un ser humano (...) no deberá usar violencia o agresividad y no podrá asociar a menores de edad con el consumo de bebidas alcohólicas o tabaco.”
348. En Costa Rica la ley prohíbe la venta de productos con exceso de azúcar en centros educativos desde el 2012. Esta normativa fue impugnada legalmente y la Sala Constitucional de la Corte Suprema ratificó el deber de protección de la niñez, en particular en entornos educativos.⁹⁵⁷ En el Perú, la Ley 30.021 de Promoción de la Alimentación Saludable para Niños, Niñas y Adolescentes prohíbe la venta de bebidas y productos que cuenten con advertencias por exceso de sodio, azúcar y grasas en las instituciones educativas públicas y privadas de educación básica, vedando también los productos que tengan aditivos, conservantes o endulzantes. Dicha norma -que también incentiva la práctica de ejercicio físico- cuenta con la reglamentación del Ministerio de Salud mediante el Documento Técnico de Lineamiento para la promoción y protección de la alimentación saludable en las instituciones educativas públicas y privadas de educación básica.⁹⁵⁸
349. Según han informado a la REDESCA organizaciones de la sociedad civil, Barbados cuenta desde el año 2022 con un robusto programa de alimentación escolar en la cual se provee de una comida diaria a los estudiantes. El programa prohíbe la venta de bebidas azucaradas en el entorno escolar y restringe la venta de productos con alto contenido de azúcar, grasas y sodio. Cuando la comida es provista por la escuela, ésta debe ajustarse a los estándares de nutrición adecuados para los requerimientos en la niñez.⁹⁵⁹
350. En Jamaica se están llevando consultas para apoyar la implementación de una política de nutrición en las escuelas basadas en el trabajo previo de las Guías Interinas de Bebidas para Escuelas desde el 2018, que establece límites en cuanto a los gramos de azúcar por litro en bebidas permitidas para su venta a niños en edad escolar y, que, más allá de su dispar aplicación, dejó en evidencia la necesidad de contar con una regulación más abarcadora y monitoreable para proteger a las infancias⁹⁶⁰.
- v. Restricciones a la promoción de productos comestibles y bebidas no saludables
351. Como se ha mencionado, la promoción, publicidad, patrocinio y comercialización global de alimentos impacta de manera sustantiva en el giro en el consumo hacia una alimentación compuesta de productos comestibles poco saludables.⁹⁶¹ Desde la academia, los organismos internacionales y la sociedad civil se han denunciado “prácticas comerciales predatorias” para generar un vínculo con productos no

⁹⁵⁶Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.606, disponible en [Ley Chile - Ley 20606 - Biblioteca del Congreso Nacional \(bcn.cl\)](#)

⁹⁵⁷Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

⁹⁵⁸MINSA, Resolución Ministerial N° 195-2019 MINSA Resolución Ministerial N.º 195-2019/MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano (www.gob.pe) disponible en [RM N 195-2019-MINSA.PDF \(www.gob.pe\)](#)

⁹⁵⁹Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights January 29, 2023, Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus.

⁹⁶⁰Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights January 29, 2023, Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus.

⁹⁶¹ Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud* A/HRC/26/31, 2014

saludables y cuyo consumo sostenido en el tiempo es dañino para la salud,⁹⁶² algo especialmente grave en niños, niñas y adolescentes, quienes suelen estar expuestos a prácticas que han sido denunciadas como un tipo de explotación comercial⁹⁶³, dado que son un “público cautivo” en las escuelas, que deberían ser espacios de protección y promoción de la salud⁹⁶⁴. Se ha advertido también sobre la permeabilidad de la publicidad, cuyos canales diversos y difusos - particularmente en el mundo digital- vuelven borrosa la línea entre ciertos tipos de publicidad y contenidos culturales y educativos⁹⁶⁵. Por esa razón, es preciso que los Estados tomen medidas para limitar la exposición de los niños, niñas y adolescentes a la promoción de productos no saludables⁹⁶⁶. Organizaciones empresariales (ALAIB/ICBA) han informado sobre “experiencias de autorregulación en la publicidad” dirigida a niños y niñas menores de 13 años “mediante lineamientos generales, políticas específicas y directrices que contienen los compromisos voluntarios de la industria de bebidas y alimentos sobre publicidad responsable dirigida a niños y niñas⁹⁶⁷”. Dentro de estos, informan sobre las Directrices sobre la comercialización dirigida a los niños y niñas (ICBA) y la Política global de mercadeo responsable de la IFBA (International Food & Beverage Alliance), “según la cual los miembros se comprometen a no anunciar sus productos a niños y niñas menores de 13 años a menos que estos productos cumplan con criterios nutricionales basados en orientaciones dietéticas aceptadas.⁹⁶⁸” Se reporta que en Chile, el Consejo de Autorregulación y Ética Publicitaria (CONAR), creó el Código de Ética Publicitaria, un “instrumento de autorregulación se deriva de la voluntad privada del sector publicitario y establece normas y estándares éticos que deberían ser observados por los actores de la industria”.⁹⁶⁹ Asimismo, se informa que Brasil puso en el 2016 las Directrices de autorregulación de la publicidad y mercadeo dirigida a menores de 12 años (Diretrizes ABIR sobre Mercadeo para Crianças); en Colombia, la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) implementó voluntariamente el Código Colombiano de Autorregulación Publicitaria expedido por la Comisión Nacional de Autorregulación Publicitaria (Conarp); México tiene un Código de Autorregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas dirigida al Público Infantil (PABI) y Argentina tiene un Código de Ética y Autorregulación Publicitaria⁹⁷⁰

⁹⁶²Clark H, Coll-Seck AM, Banerjee A, Peterson S, Dalglish SL, Ameratunga S, Balabanova D, Bhan K,

Bhutta ZA, Borrazzo J, Claeson M, Doherty T, El-Jardali F, George AS, Gichaga A, Gram L, Hipgrave DB, Kwamie A, Meng Q, Mercer R, Narain S, Nsungwa-Sabiiti J, Olumide AO, Osrin D, Powell-Jackson T, Rasanathan K, Rasul I, Reid P, Requejo J, Rohde SS, Rollins N, Romedenne M, Singh Sachdev H, Saleh R, Shawar YR, Shiffman J, Simon J, Sly PD, Stenberg K, Tomlinson M, Ved RR, Costello A. *A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission*. Lancet. 2020 Feb 22;395(10224):605-658. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32540-1. Epub 2020 Feb 19. Erratum in: Lancet. 2020 May 23;395(10237):1612. PMID: 32085821. Disponible en [A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission \(thelancet.com\)](https://www.thelancet.com)

⁹⁶³Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

⁹⁶⁴OMS. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. World Health Organization., 2010, p.6 disponible en [9789241500210_eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241500210_eng.pdf)

⁹⁶⁵ OACDH/ONU Informe de la Relatora Especial sobre los derechos culturales, A/69/286 , septiembre 2014, p.3 disponible en [Cultural rights : \(un.org\)](https://www.un.org/)

⁹⁶⁶OMS. *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. World Health Organization, 2010, p.8 disponible en [9789241500210_eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241500210_eng.pdf); WHO, *Policies to protect children from the harmful impact of food marketing, WHO guideline*, 2023, disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240075412>

⁹⁶⁷ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)

⁹⁶⁸ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)

⁹⁶⁹ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)

⁹⁷⁰ Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)

352. Por otro lado, se ha reportado que, en América Latina, Brasil es uno de los países con mejores estándares en cuanto a marcos legales de protección de los derechos de los niños y niñas frente a la promoción y la publicidad, ya que las limitaciones están centradas en la protección de la niñez, independientemente del producto que se trate,⁹⁷¹ mientras que Argentina, Chile y Perú vinculan la normativa sobre etiquetado con las restricciones a la promoción de estos productos. El gobierno de Ecuador reporta contar con normativa que restringe la publicidad de alimentos procesados⁹⁷².
353. Según informa el gobierno argentino, la Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable prohíbe toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de los alimentos y bebidas analcohólicas envasados, que contengan al menos un sello de advertencia, que esté dirigida especialmente a niños, niñas y adolescentes. En los demás casos, es decir cuando la publicidad, promoción y patrocinio de un producto con al menos un sello de advertencia no esté dirigida especialmente a la niñez: a) está prohibido resaltar declaraciones nutricionales complementarias que destaquen cualidades positivas y/o nutritivas de los productos en cuestión, a fin de no promover la confusión respecto de los aportes nutricionales; b) deben ser visibles todos los sellos de advertencia; c) está prohibido incluir personajes infantiles, animaciones, dibujos animados, celebridades, deportistas o mascota, etcétera, que haga los productos más atractivos para la compra.⁹⁷³
354. En su respuesta al cuestionario de este informe, el gobierno chileno ha señalado que la ley N° 20.606 Sobre Composición Nutricional de los Alimentos y su Publicidad y su complementaria, Ley N° 20.869, tiene restricciones a la publicidad de productos que contienen nutrientes críticos en espacios escolares, prohíbe la publicidad utilizando ganchos a personajes infantiles, no se podrán expender, comercializar, promocionar y publicitar dentro de establecimientos de educación parvularia, básica y media, ni entregar gratis a menores de 14 años de edad y expresamente indica que “no podrá inducirse su consumo por parte de menores o valerse de medios que se aprovechen de la credulidad de los menores”. Asimismo, la ley establece que no se podrá adicionar a los alimentos y comidas preparadas ingredientes o aditivos que puedan inducir a equívocos, daños a la salud, engaños o falsedades, o que de alguna forma sean susceptibles de crear una impresión errónea respecto a la verdadera naturaleza, composición o calidad del alimento. Adicionalmente indica que los establecimientos educativos deben promover la actividad física y la educación en nutrición.⁹⁷⁴
- vi. Restricciones a la promoción y comercialización de sucedáneos de la leche materna
355. La OMS y UNICEF recomiendan la lactancia exclusiva a partir de la primera hora y durante los primeros seis meses de vida del infante, dado que impacta positivamente en la supervivencia infantil y es esencial para prevenir la triple carga de la malnutrición, las enfermedades infecciosas y la mortalidad, al tiempo que reduce el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas en etapas posteriores⁹⁷⁵, fomentado un crecimiento saludable.⁹⁷⁶ La lactancia materna contribuye al desarrollo de la primera infancia y a la salud de lactantes y niños pequeños durante su crítico desarrollo inicial, protegiendo contra afecciones gastrointestinales⁹⁷⁷, reduciendo el riesgo de obesidad infantil, diabetes tipo II y leucemia⁹⁷⁸. La lactancia también repercute positivamente en la salud de las mujeres, reduciendo el riesgo de cáncer de mama y de ovarios; sin embargo, pese a los beneficios de la lactancia exclusiva, se estima que aproximadamente

⁹⁷¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability, |.

⁹⁷² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, febrero 2023, Misión permanente de Ecuador ante la OEA.

⁹⁷³ Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable, disponible en [Texto completo | Argentina.gob.ar](https://www.argentina.gob.ar/legislacion/leyes/27642)

⁹⁷⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile

⁹⁷⁵ Perez Escamillo et al. 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world Lancet 2023; 401: 472–85 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)

⁹⁷⁶ OMS. *Alimentación del lactante y el niño pequeño* disponible en [Alimentación del lactante y del niño pequeño \(who.int\)](https://www.who.int/es/publications/m/item/alimentacion-del-lactante-y-del-nino-pequeno)

⁹⁷⁷ OMS. *Alimentación del lactante y el niño pequeño* disponible en [Alimentación del lactante y del niño pequeño \(who.int\)](https://www.who.int/es/publications/m/item/alimentacion-del-lactante-y-del-nino-pequeno)

⁹⁷⁸ OMS *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code — Status Report 2020, Summary*, p.1 disponible en [9789240006034-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/9789240006034-eng.pdf)

- solo un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses recibieron lactancia exclusiva durante el periodo de 2007-2014⁹⁷⁹.
356. Existen barreras estructurales que dificultan o impiden la lactancia materna: desigualdades de género, incluyendo tareas de cuidado y normas laborales que no permiten compatibilizar el trabajo y la maternidad; aumento de la urbanización; y una atención sanitaria “que socava la lactancia materna, incluyendo la medicalización del parto y el cuidado del bebé⁹⁸⁰”. Pero, además, la exposición a la promoción de productos sucedáneos de la leche materna se relaciona con actitudes más positivas frente a las fórmulas lácteas a e incluso a la necesidad de utilizar leches artificiales en lugar de amamantar ya que “la comercialización de sucedáneos de la leche materna disminuye el valor percibido de la lactancia materna y socava la confianza de las mujeres en su capacidad de amamantar⁹⁸¹”.
357. La lactancia exclusiva requiere de apoyos integrales a las madres y las familias, entre las que destacan la adopción del Convenio sobre la Protección de la Maternidad (N°183) de la OIT o la recomendación N°191 que complementa dicho Convenio, el apoyo de servicios de salud para que puedan asesorar a los progenitores antes y después del parto y de la comunidad, para ayudar a las mujeres que deseen dar el pecho, de forma “que se convierta en una responsabilidad colectiva de la sociedad y no solo de las madres.⁹⁸²” Una medida que es considerada de vital importancia es la adopción de las medidas del Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna⁹⁸³ para poner fin a las estrategias de comercialización y promoción abusiva de las empresas, las cuales juegan con las expectativas y ansiedades en torno a la lactancia,⁹⁸⁴ con el fin de promover la lactancia y así proteger a los lactantes y niños pequeños⁹⁸⁵.
358. La OMS ha creado una Red para monitorear y apoyar la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna y las posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud. La Red – NetCode – tiene por objetivo “proteger y fomentar la lactancia materna, velando por que los sucedáneos de la leche materna no se comercialicen de forma inapropiada.”⁹⁸⁶
359. Según la OPS 19 países de la Región han aprobado normativa sobre la implementación del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud, aunque de ellos solo ocho (42%) han incorporado todas las provisiones del código en la legislación nacional⁹⁸⁷. Si bien esto es destacable, la OMS y UNICEF han advertido que debería mejorarse la normativa sobre mecanismos de fiscalización y monitoreo, y particularmente el financiamiento y la sostenibilidad de estas acciones⁹⁸⁸. Desde el punto de vista legal, en la región, solamente Brasil y Panamá están “sustancialmente alineados” con el Código; Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, México y Perú están “moderadamente alineados”,

⁹⁷⁹OMS. *Alimentación del lactante y el niño pequeño* disponible en [Alimentación del lactante y del niño pequeño \(who.int\)](#)

⁹⁸⁰ Perez Escamillo et al. 2023 Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world Lancet 2023; 401: 472–85 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)

⁹⁸¹ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code*, Status report 2022, p 2. [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

⁹⁸² OMS. [En una nueva serie de The Lancet, los expertos piden medidas drásticas contra la comercialización abusiva de preparaciones para lactantes” \(who.int\)](#)

⁹⁸³OMS. *Alimentación del lactante y el niño pequeño* disponible en [Alimentación del lactante y del niño pequeño \(who.int\)](#)b

⁹⁸⁴ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code*, Status report 2022, p 2. [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

⁹⁸⁵ OMS *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code*, Status report 2022, p 2. [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

⁹⁸⁶ OMS. *Alimentación del lactante y el niño pequeño* disponible en [Alimentación del lactante y del niño pequeño \(who.int\)](#)

⁹⁸⁷ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code*, Status report 2022, p 2. [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

⁹⁸⁸ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 25, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

mientras que Argentina, Chile, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Uruguay y Trinidad y Tobago tienen “algún grado de alineación.”⁹⁸⁹ El resto de los países no cuenta con normativa⁹⁹⁰.

360. El gobierno de Chile ha informado que la ley 20.606 ordena que el etiquetado de los sucedáneos de la leche materna no desincentive la lactancia natural, incluya información relativa a la superioridad de la lactancia materna e indique que el uso de los referidos sucedáneos debe contar con el asesoramiento de un profesional de la salud.⁹⁹¹ La ley 20.869 también prohíbe toda publicidad de sucedáneos a la leche materna,⁹⁹² en sintonía con el Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna de la Organización Mundial de la Salud,⁹⁹³ que restringe la comercialización y promoción de productos destinados a sustituir la lactancia materna.
361. Asimismo, la REDESCA ha recibido información del gobierno del Ecuador acerca de la emisión, en el año 2022, de las Directrices de cumplimiento del Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna para el Sistema Nacional de Salud.⁹⁹⁴
362. Por su parte, la OPS reporta violaciones a la aplicación del código en Chile y México, “tanto en lo que se refiere a la exposición de las madres a la recomendación de uso de sucedáneos por parte de los profesionales de la salud como al contacto de los profesionales de la salud por parte de las empresas productoras de sucedáneos”; así como publicidad en medios de comunicación, pese a las restricciones⁹⁹⁵.
- vii. Otras medidas para promover la alimentación saludable
363. Organizaciones de la sociedad civil han informado que Barbados y Jamaica eximen de impuestos locales a algunas frutas y verduras cultivadas en ese territorio, como una forma de apoyar e incentivar el consumo de alimentos saludables⁹⁹⁶. Organizaciones empresariales (ALAIAB/ICBA) informaron a la REDESCA sobre programas gubernamentales de fortificación de alimentos en el cual participan las empresas, señalando programas en Guatemala, Perú, Paraguay, Uruguay, Chile, Venezuela, Costa Rica, Ecuador y Colombia, entre otros Estados de la región⁹⁹⁷.
364. En cuanto a la reducción de sodio y azúcar, la Comisión recibió información que desde el año 2012 se implementa en México el Acuerdo por el cual se recomienda la disminución de la sal común en la elaboración del pan como medida de prevención de las ENT.⁹⁹⁸ Organizaciones empresariales (ALAIAB/ICBA) informaron a la Relatoría Especial que en junio de 2019, el Ministerio de Salud y la Cámara Costarricense de la Industria Alimentaria (CACIA) renovaron por cuatro años, la alianza público-privada para reducir el contenido de sodio en ciertos alimentos, reportando que según el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) las categorías de

⁹⁸⁹ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code*, Status report 2022, pp 31-36 [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

⁹⁹⁰ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code*, Status report 2022, pp 31-36 [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

⁹⁹¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.*

⁹⁹² Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.606, disponible en [Ley Chile - Ley 20606 - Biblioteca del Congreso Nacional \(bcn.cl\)](#)

⁹⁹³ OMS. *Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna*, Ginebra, 1981 disponible en [Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna \(who.int\)](#)

⁹⁹⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, febrero 2023, Misión permanente de Ecuador ante la OEA*

⁹⁹⁵ OPS *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 25, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

⁹⁹⁶ *Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus

⁹⁹⁷ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

⁹⁹⁸ Diario Oficial Federal 22 de junio de 2012. *Acuerdo por el cual se recomienda la disminución de la sal común en la elaboración del pan común como medida de prevención de enfermedades cardiovasculares, y otras crónico-degenerativas.* disponible en [DOF - Diario Oficial de la Federación](#)

productos incluidas en el primer acuerdo celebrado, habrían alcanzado un cumplimiento promedio mayor al 69%⁹⁹⁹. Se informa asimismo que a partir del año 2007 se celebraron acuerdos voluntarios entre el Ministerio de Salud de Brasil, la Asociación Brasileña de Industrias de Alimentos (ABIA) y otras asociaciones para la reducción del consumo de sodio¹⁰⁰⁰. En diciembre del año 2019, la resolución RDC nº 332 de Anvisa, estableció un límite máximo del 2% de grasas trans en alimentos industrializados y la prohibición de aceites y grasas parcialmente hidrogenados a partir del 1 de enero de 2023¹⁰⁰¹. En relación a la reducción del azúcar, la REDESCA recibió información de ALAIB y ICBA sobre la iniciativa entre el Ministerio de Salud de Brasil, la Agencia de Vigilancia en Salud (ANVISA), la Asociación Brasileña de Industrias de Alimentos (ABIA), la Asociación Brasileña de Industrias de Refrescos y Bebidas No Alcohólicas (ABIR), la Asociación Brasileña de Galletas, Pastas y Panes y Pasteles Industrializados (ABIMAPI) y la Asociación Brasileña de Lácteos (Viva Lácteos) por el cual firmaron en 2018 un acuerdo voluntario en donde se establecen metas “para la reducción del contenido de azúcar en Brasil”. Según se informa, este acuerdo “establece compromisos para todas las partes involucradas con el fin de que la ingesta de azúcar añadida de la población brasileña se reduzca a menos del 10% del total de calorías diarias consumidas¹⁰⁰²”. Ello se pretende lograr “mediante la reducción del contenido de azúcar añadida en las bebidas dulces; las galletas dulces sin y con relleno, barquillos y rosquillas; pasteles y mezclas para pasteles; chocolate en polvo y productos similares con otros sabores; y productos lácteos¹⁰⁰³”.

365. Por su parte, desde Colombia, organizaciones de la sociedad civil¹⁰⁰⁴, informan sobre la implementación de una “Guía práctica de herramientas para la implementación de la estrategia de Ciudades, Entornos y Ruralidades Saludables (CERS). Modos, condiciones y estilos de vida saludable” emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social en el año 2020. Esta iniciativa se centra en el ordenamiento territorial para promover la salud y plantea como líneas estratégicas: a) el fortalecimiento de la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y el bienestar, y abordar los determinantes sociales de la salud; b) la sostenibilidad y estructuras saludables; c) el fortalecimiento de los entornos saludables clave; d) la facilitación de la participación y el empoderamiento de la comunidad, y el compromiso de la sociedad civil; y e) el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud incorporando un enfoque de promoción de la salud¹⁰⁰⁵.
366. La REDESCA ha sido informada por una organización de la sociedad civil mexicana, que las nuevas guías alimentarias de México, desarrolladas bajo el liderazgo del Instituto Nacional de Salud Pública de México, contemplan no solo la nutrición, sino también el impacto ambiental de los alimentos y bebidas. Se señala que esta guía ofrece recomendaciones para diversos grupos de la población y ha sido probada y discutida con poblaciones vulnerables incluyendo poblaciones indígenas. La guía detalla cómo los alimentos ultra procesados propician deterioro ambiental y a la salud, así como y promueve lactancia

⁹⁹⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

¹⁰⁰⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

¹⁰⁰¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

¹⁰⁰² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

¹⁰⁰³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)*

¹⁰⁰⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, p.14. FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.*

¹⁰⁰⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.*

materna exclusiva por al menos seis meses y el consumo de alimentos naturales o mínimamente procesados y una dieta basada en alimentos de origen vegetal¹⁰⁰⁶.

b. Consumo nocivo de alcohol

367. La OPS ha dado una serie de recomendaciones de buenas prácticas, entre las cuales destacan la necesidad de contar con políticas y planes integrales nacionales para reducir el consumo de alcohol, incluyendo las medidas regulatorias más costo eficientes y sanciones para quien venda bebidas a menores o personas visiblemente intoxicadas; reformar el sistema de licencias de emisión y renovación de licencias basados en criterios de salud pública; restringir la apertura de locales de venta en zonas densamente pobladas; promover el etiquetado de advertencias gráficas en las bebidas alcohólicas e implementar restricciones a la promoción, publicidad y patrocinio; así como aprobar regulaciones sobre los conflictos de interés.¹⁰⁰⁷.
368. Sin embargo, la OPS señala que, de los países analizados en la región, 19 han aprobado normativa sobre regulación del alcohol, reportándose a Honduras como el país en el que más intervenciones son objeto de normativa, con 20 de un listado de 45 intervenciones posibles, y a República Dominicana como aquel en que menos existen, con apenas 8¹⁰⁰⁸. En todos los países las intervenciones implementadas mediante normativa son las relacionadas con los impuestos selectivos al consumo de bebidas alcohólicas, la reglamentación y las sanciones para la venta a menores, y la reglamentación sobre beber y conducir. No obstante, la OPS recalca que, “en muchos casos en los que se cuenta con normativa sobre estas intervenciones, esta no es consistente con las recomendaciones internacionales ni con los mandatos a nivel mundial y regional¹⁰⁰⁹.”
369. A diferencia de otros factores de riesgo, la REDESCA recibió limitada información sobre buenas prácticas relativas a desincentivar el consumo de alcohol. La OMS advierte cómo el consumo de alcohol “está profundamente anidado en las culturas de la región, lo cual puede hacer más difícil el definir los daños relacionados con el alcohol a partir de un marco de salud pública¹⁰¹⁰”. Las dinámicas culturales de tolerancia al consumo, la intoxicación y el consumo excesivo de alcohol “menoscaban los esfuerzos de prevención empeoran en aquellas zonas con un marketing de alcohol prevalente y la interferencia de la industria del alcohol¹⁰¹¹”. Asimismo, se resalta que este sesgo dificulta a las autoridades apreciar el papel que pueden desempeñar para reducir los daños relacionados con el alcohol mediante la adopción de políticas costo-eficaces en toda la población¹⁰¹².
370. El gobierno argentino facilitó información relativa a las medidas para prevenir el consumo nocivo de alcohol¹⁰¹³. La Ley N° 24.788, (1997) de Lucha con el Alcoholismo, obliga a la cobertura de la farmacología para el tratamiento; establece la prohibición en todo el territorio nacional del expendio a menores de 18 años de todo tipo de bebidas alcohólicas, prevé la obligatoriedad de la presencia de advertencias en los envases de bebidas alcohólicas y su publicidad (leyendas de “beber con moderación” y “prohibida su venta a menores de 18 años”), prohibiendo las acciones de promoción que impliquen beber alcohol. En

¹⁰⁰⁶Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, El Poder del Consumidor AC (México)

¹⁰⁰⁷ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficientes en América Latina*, Washington, 2019p.34-35 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)

¹⁰⁰⁸ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficaces en América Latina*, 2019 p. 21 [Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficaces en América Latina \(paho.org\)](#)

¹⁰⁰⁹ OPS. *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costoeficientes en América Latina*, Washington, 2019 p.22 disponible en [9789275320662_spa.pdf \(paho.org\)](#)1

¹⁰¹⁰ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020*, 2021 p 75 Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁰¹¹ OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020*, 2021, p 75 Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#). Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁰¹² OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020*, 2021, p 75 Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#)

¹⁰¹³Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, marzo 2023 Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables.

materia de publicidad, la prohibición solo abarca a las personas menores de edad. Sin embargo, organizaciones de la sociedad civil han reportado que, a pesar de lo establecido por la normativa, en Argentina las infancias se encuentran expuestas a la promoción del alcohol, “toda vez que las industrias despliegan agresivas técnicas de marketing y si bien la evidencia internacional es clara sobre la necesidad de restringir publicidad y controlar las acciones corporativas de marketing de las empresas alcoholeras, no existe en Argentina una normativa que se adapte a los estándares internacionales para la protección de la salud”¹⁰¹⁴. Asimismo, se considera recomendable aumentar los impuestos para reducir la accesibilidad de los productos.

371. El gobierno de Uruguay indicó que se aprobó una norma para regular el consumo problemático de bebidas alcohólicas, cuya medida principal es la creación en el Ministerio de Salud de la Nación de un Registro de Vendedores de Bebidas Alcohólicas, alcoholes destinados para consumo humano y actividades conexas, y se prohíbe cualquier forma de venta, ofrecimiento o suministro de bebidas alcohólicas, así como cualquier forma de publicidad o promoción de las mismas, en los centros educativos de todo el país., así como la venta a menores de 18 años. Además, asigna a la Junta Nacional de Drogas articular las acciones de promoción de salud y prevención del consumo problemático de bebidas alcohólicas, a partir de un abordaje intersectorial que comprometa al conjunto de los actores públicos y privados para contribuir a estimular hábitos de vida saludables y un consumo responsable. La norma prohíbe también la realización de concursos o torneos, con o sin fines de lucro, que promuevan la ingesta de bebidas alcohólicas, con excepción de las modalidades de cata o degustación.¹⁰¹⁵
372. Costa Rica informa haber avanzado en la regulación del consumo de alcohol mediante la Ley 7972 que crea un impuesto sobre cigarrillos y licores (2000), su artículo 1 crea un impuesto específico "por cada mililitro de alcohol absoluto contenido en cualquier bebida alcohólica de producción nacional o importada, indistintamente de su presentación, según la concentración de alcohol por volumen.¹⁰¹⁶" La Ley 9047, "Ley de Regulación y comercialización de Bebidas con contenido alcohólico" (2012), en su artículo 12, establece que el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la regulación y el control de "todo tipo de publicidad comercial relacionada con la comercialización de bebidas con contenido alcohólico", efectuadas por cualquier medio de comunicación a título gratuito o mediante pago; y prohíbe "la utilización de marcas o nombres de bebidas con contenido alcohólico en publicidad, como rotulación de uniformes, medios de transporte utilizados para competencias y artículos deportivos de todo equipo, asociación, federación y liga deportiva, así como en actividades recreativas o culturales dirigidas a menores de edad."

c. Consumo y exposición al humo del tabaco

373. A la fecha, 182 países ratificaron el Convenio Marco sobre el Control del Tabaco de la OMS (CMCT). Argentina, Cuba, República Dominicana, Haití y los Estados Unidos de Norteamérica son los únicos países de la región de las Américas que aún no son parte del Convenio. El CMCT es un tratado vinculante que contiene una serie de medidas que han probado ser efectivas para proteger el derecho a la salud de las consecuencias nocivas del consumo y la exposición al humo del tabaco.¹⁰¹⁷ Además, en septiembre del año 2018 entro en vigor el Protocolo para la Eliminación del comercio ilícito de productos del tabaco.
374. Las seis medidas de control del tabaco recomendadas por la OMS son conocidas como paquete de medidas MPOWER, a saber: (M) monitorear la prevalencia del consumo de tabaco y las políticas de control del tabaco; (P) proteger contra la exposición al humo del tabaco; (O) ofrecer ayuda para el abandono del tabaco; (W) advertir sobre los peligros del tabaco; (E) hacer cumplir las prohibiciones

¹⁰¹⁴Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

¹⁰¹⁵Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, marzo 2023. Gobierno de la república Oriental de Uruguay

¹⁰¹⁶ Respuesta a cuestionario de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Misión permanente de Costa Rica en la OEA

¹⁰¹⁷Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

- sobre publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; y (R) aumentar los impuestos a los productos de tabaco.¹⁰¹⁸
375. Según la OPS, se espera que la región registre una prevalencia del consumo de tabaco de 14,9% para el 2025, lo que coloca a la Región en posición de lograr la meta 5 del Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, es decir, una reducción relativa de 30% de la prevalencia del consumo de tabaco en las personas de 15 años de edad o mayores¹⁰¹⁹.
376. Según información aportada por organizaciones de la sociedad civil, el uso del tabaco en la región decreció desde un 28% en el año 2000 al 16,3% en el año 2020, mediante la adopción de prohibiciones integrales de la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco en ocho países de la región; la adopción de etiquetas de advertencia sanitaria en los paquetes de cigarrillos en 25 países; la aprobación de impuestos especiales sobre el tabaco en 30 países; y la adopción de políticas antitabaco integrales en todos los lugares públicos cerrados, lugares de trabajo y transportes públicos en 23 países, incluida toda la subcuenca.¹⁰²⁰ Brasil destaca como el único Estado miembro de la OPS que aplica todas las principales políticas de control del tabaco desde 2018, tanto para los productos de tabaco tradicionales, así como para los nuevos productos de nicotina y tabaco.¹⁰²¹ También se ha informado sobre una reciente ley en Canadá, que prohíbe el uso de mentol y clavo como aditivos en la fabricación y venta de todos los productos del tabaco¹⁰²².
377. El artículo 13 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT) y sus directrices recomiendan prohibir todas las formas de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco (TAPS). Además, las directrices sobre el artículo 11 del CMCT (empaquetado y etiquetado del tabaco) recomiendan que los gobiernos "prohíban el uso de logotipos, colores, imágenes de marca o información promocional en el empaquetado que no sean los nombres de las marcas y los productos en un color y tipo de letra estándar (empaquetado sencillo).
378. Según información aportada por organizaciones de la sociedad civil, de los 35 países de la región de las Américas de la OMS, ocho han adoptado una legislación completa o legislación completa o integral sobre TAPS: Antigua y Barbuda, Brasil, Colombia, Guyana, Panamá, Surinam, Uruguay y República Bolivariana de Venezuela; Uruguay ha adoptado el empaquetado estandarizado del tabaco¹⁰²³. Dieciocho países tienen una prohibición parcial del TAPS: Argentina, Bahamas, Barbados, Estado Plurinacional de Bolivia, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago. Nueve países no han establecido ninguna restricción TAPS: Belice, Cuba, Dominica, Granada, Haití, República Dominicana, Granada, Haití, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas¹⁰²⁴.
379. Los productos novedosos emergentes de nicotina y tabaco –por ejemplo, los cigarrillos electrónicos (sistemas electrónicos de administración de nicotina [SEAN] y sistemas electrónicos sin nicotina

¹⁰¹⁸OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*. 2023, p.xiii, disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

¹⁰¹⁹OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022* - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud (paho.org).

¹⁰²⁰*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

¹⁰²¹*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

¹⁰²²*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

¹⁰²³*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability.

¹⁰²⁴*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

[SESN]) y los productos de tabaco calentados (PTC) – representan una seria amenaza para el control del tabaco, y resultan cada vez más accesibles.¹⁰²⁵

380. La OPS denuncia que “la industria tabacalera y otras industrias afines emplean diversas estrategias para comercializar estos productos alegando que plantean un riesgo menor y afirman que son ayudas efectivas para dejar de fumar, en un intento por proporcionar una “solución” a la epidemia de tabaquismo. Sin embargo, en realidad esto es solo una estratagema para preservar su existencia y “enganchar” a nuevos usuarios para mantener sus mercados¹⁰²⁶”. Conforme datos de la OPS, “dieciocho países han regulado la venta, el consumo y la publicidad de los SEAN y los SESN: once los regulan como productos de tabaco o relacionados con el tabaco, seis los regulan como productos de consumo y tres los regulan como productos terapéuticos. Quince países no imponen ningún tipo de marco regulatorio”¹⁰²⁷.
381. Argentina, Brasil, Chile, Ecuador y Perú tienen leyes generales que regulan el tabaco. Paraguay reguló por decreto en el 2020 una ley general del control de tabaco. Si bien a la fecha no ha ratificado el CMCT, la República Argentina ha sancionado en 2011, la Ley N° 26.687 de regulación de la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco incorpora muchas de las disposiciones establecidas en el CMCT. Entre ellas, se encuentran la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco; la inclusión de advertencias sanitarias con imágenes en el empaquetado de los cigarrillos; la protección ambiental contra el humo de productos elaborados con tabaco, entre otras. Desde el año 2016 está prohibida la distribución, comercialización y la publicidad o cualquier tipo de promoción de los cigarrillos electrónicos. Organizaciones de la sociedad civil hacen notar que, pese a una sólida legislación nacional, al no haber ratificado Argentina el CMCT se obstaculiza la promoción de políticas de prevención del comercio ilícito a nivel MERCOSUR, ya que sus otros tres miembros (Brasil, Paraguay y Uruguay) sí lo son¹⁰²⁸. Por otra parte, se han hecho notar que el país no regula aun los plásticos de un solo uso de las empresas tabacaleras, alcoholeras y alimenticias,¹⁰²⁹ señalando que recientemente, en las negociaciones del Tratado de Plásticos de Naciones Unidas, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) ha designado correctamente los filtros de los cigarrillos como una forma de plástico de un solo uso¹⁰³⁰.
382. Colombia promulgó la Ley 1335 en el año 2009, la cual regula el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, incluyendo advertencias sanitarias, espacios libres de humo; prohibición de publicidad, promoción y patrocinio, impuestos, el Programa Nacional de Cesación del consumo de Tabaco y acciones encaminadas a erradicar el comercio ilícito, asimismo, ha adoptado impuestos específicos al consumo de productos de tabaco que se han modificado a fin de incrementar las tarifas aplicables¹⁰³¹. Sin embargo, organizaciones de la sociedad civil han informado que, en relación a la cuestión impositiva, la sociedad civil y la academia vienen abogando para triplicar el impuesto a los productos de tabaco. Igualmente, señalaron que actualmente el Ministerio de Salud y Protección social advierte que la normativa existente no aplica a los cigarrillos electrónicos y demás productos novedosos. Por ello se están promoviendo desde la sociedad civil y la academia proyectos de ley para extender la

¹⁰²⁵ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*, 2023 p. xix [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

¹⁰²⁶ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*, 2023, p. xix [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

¹⁰²⁷ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*, 2023, p.xx [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#).

¹⁰²⁸ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

¹⁰²⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

¹⁰³⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes

¹⁰³¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, p.14. FIAN Colombia, *Red PaPaz,, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.

aplicación de las medidas de control de los productos de tabaco a los productos novedosos, algo desafiante considerando la resistencia de la industria tabacalera¹⁰³².

383. El gobierno mexicano ha indicado a esta Relatoría Especial que el nuevo Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, que entró en vigor en enero del 2023, contempla la prohibición de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, a través de cualquier medio de comunicación y difusión, incluida la exhibición directa e indirecta de los productos del tabaco en puntos de venta. También se amplían los espacios cien por ciento libres de humo y emisiones en cualquier lugar de trabajo, espacios de concurrencia colectiva como plazas, parques, playas, estadios, así como en el transporte público y las escuelas en todos los niveles educativos, incluidas las universidades¹⁰³³.
384. El gobierno de Uruguay señaló que se tiene un alto nivel de cumplimiento de las medidas recomendadas sobre: ambientes libres de humo de tabaco; etiquetado y empaquetado de los productos del tabaco y prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio de los productos de tabaco. Pese a lo cual, y habiéndose avanzado hacia la implementación de las medidas sobre impuestos y precios de los productos del tabaco, siendo que en los productos del tabaco los impuestos representan el 65,9% del precio final de venta, no se ha alcanzado el 75% recomendado por la Organización Mundial de la Salud.¹⁰³⁴
385. La REDESCA fue informada por el gobierno de Chile que el consumo y la publicidad de productos de tabaco está fuertemente regulada en Chile (ley 19.419 y sus modificaciones sucesivas); se prohíbe la publicidad del tabaco, incluyendo la prohibición de la aparición de personas fumando o señalando características favorables al consumo de tabaco en programas transmitidos en vivo, por televisión o radio, en el horario permitido para menores. Se prohíbe la comercialización, el ofrecimiento, distribución o entrega a título gratuito de los productos de tabaco a las personas menores de 18 años de edad y se establece un listado de espacios libres de humo. Las máquinas expendedoras automáticas de este tipo de productos sólo pueden instalarse en establecimientos, lugares o recintos a los cuales, por disposición de la ley, no tengan acceso los menores de edad. Por otra parte, las compañías tabacaleras deben informar anualmente al Ministerio de Salud el detalle de donaciones efectuadas, así como de los gastos en que incurran en virtud de convenios con instituciones públicas, organizaciones deportivas, comunitarias, entidades académicas, culturales y organizaciones no gubernamentales.¹⁰³⁵ Entre otros dispositivos, Chile cuenta con el Sistema de Trazabilidad Fiscal para la cadena de comercialización de cigarrillos, implementado el año 2019 por el Servicio de Impuestos Internos.¹⁰³⁶
386. En cuanto a los sistemas de vigilancia - según la OPS - diez países de la región “cuenta con sistemas de vigilancia con datos recientes, periódicos y representativos del consumo de tabaco en la población adulta y joven, lo que se traduce en que 65% de la población regional está cubierto por políticas de monitoreo del consumo de tabaco a los niveles más altos de aplicación;” mientras que cinco Estados miembros (Barbados, Belice, Dominica, Haití y Saint Kitts y Nevis) no disponen de datos representativos recientes sobre la prevalencia del consumo de tabaco en personas adultas y jóvenes .¹⁰³⁷

d. Promoción de la actividad física

387. La OPS recomienda como buenas prácticas para incentivar la actividad física : a) desarrollar políticas de planeamiento urbano que faciliten a la población transportarse de forma más activa y segura; e)

¹⁰³² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, p.14 FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.*

¹⁰³³ *Diario Oficial de la Federación. Decreto por el que se Reforman, Adicionan y Derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General para el Control del Tabaco, 16 de diciembre de 2022 disponible en [DOF - Diario Oficial de la Federación](#)*

¹⁰³⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Gobierno de la República de Uruguay*

¹⁰³⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.*

¹⁰³⁶ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.*

¹⁰³⁷ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*, p.xv 2023.

promover políticas de cultura de paz y prevención de la violencia para aumentar la seguridad y mejorar la sensación de seguridad y alentar a la población a elegir medios de transporte y recreación más activos; c) coordinar con las políticas de educación para ampliar las oportunidades de los alumnos de practicar más actividades dentro la escuela y en el camino de regreso a su casa¹⁰³⁸

388. Conforme surge de la información enviada por el gobierno de El Salvador, en el contexto del Plan Nacional de Acción Intersectorial de Actividad Física para Centroamérica y República Dominicana, de los países miembros del SECOMISCA, que busca generar un impulso en torno a la Estrategia y el Plan de Acción sobre la Promoción de la Salud en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019-2030, presentado por la OPS en el 2019, El Salvador posee un Plan Nacional Intersectorial para Fomentar la Actividad Física (2020-2025), donde los objetivos y acciones para fomentar la actividad física buscan alienarse con diversos ODS¹⁰³⁹.
389. El gobierno de Costa Rica ha informado sobre el Plan Nacional de Actividad Física y Salud 2011-2021, el cual busca la promoción de la actividad física, el deporte, la educación física y la recreación en los diferentes escenarios. Su primer eje estratégico plantea la meta de que, al 2030 al menos un 36,1% de la población residente en el país de 20 o más años realice regularmente actividad física de intensidad moderada. Se rescata asimismo el rol de la Red Costarricense de Actividad física para la Salud, oficializada en 2005.¹⁰⁴⁰
390. En Colombia, organizaciones de la sociedad civil reportan que están vigentes las “Directrices para la Promoción y Consejería de Actividad Física y Ejercicio por Personal de Talento Humano en Salud,” que tienen por objeto integrar la consejería en actividad física y ejercicio de manera sistemática en la atención de los usuarios, fomentando la comprensión y la valoración de los múltiples beneficios en salud que reporta la actividad física realizada de manera regular.¹⁰⁴¹
391. El gobierno uruguayo señaló la existencia de diversos programas dirigidos a niños, niñas y adolescentes en relación a alimentación saludable y al incentivo de la actividad física, como el “Desarrollo de las recomendaciones sobre Prevención del Sobrepeso y la Obesidad en la Infancia y la Adolescencia, Prácticas de Alimentación Saludable y Actividad Física en entornos educativos” y la Guía de actividad física “A moverse”, entre otros.¹⁰⁴² Una organización de la sociedad civil en Uruguay ha informado sobre la existencia de programas municipales para incentivar el uso de ciclovías y gimnasios al aire libre¹⁰⁴³.

e. Experiencias destacadas relacionadas con el abordaje del cáncer

392. Muchos países de la región cuentan con programas, planes o estrategias para la prevención y el tratamiento del cáncer. Colombia, por ejemplo, cuenta con el “Plan decenal para el control del cáncer en Colombia 2012-2021”, para reducir la prevalencia de factores de riesgo modificables, reducir las muertes mediante detección temprana, la calidad de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como mejorar el conocimiento sobre la enfermedad y fortalecer el talento humano.¹⁰⁴⁴
393. Por su parte, el gobierno de El Salvador informa que ha institucionalizado la estrategia de tamizaje y tratamiento con la prueba de VPH en el 100% de las unidades de salud de atención primaria, ha

¹⁰³⁸ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 36, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹⁰³⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Anexo 2. Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles.

¹⁰⁴⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, Gobierno de Costa Rica

¹⁰⁴¹ Ministerio de Salud y Protección Social. *Directrices para la Promoción y Consejería de Actividad Física y Ejercicio por Personal de Talento Humano en Salud*. 2021. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/directrices-promocion-consejeriaaf-ths.pdf>

¹⁰⁴² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Gobierno de la República Oriental de Uruguay

¹⁰⁴³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. Alianza ENT Uruguay

¹⁰⁴⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023 FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.

comenzado en el año 2020 la vacunación a niñas de 9 y 10 años contra el Virus del Papiloma Humano; asimismo, cuenta con Lineamientos para la Prevención y Control del Cáncer cérvico uterino y mama, que incorporan las directrices de la OMS, en los cuales se ha normado la auto toma (auto muestreo) como parte del tamizaje cérvico uterino con la prueba del VPH a fin de garantizar el acceso equitativo a la atención de prevención secundaria para las mujeres¹⁰⁴⁵. Toda mujer con la Prueba VPH (+) recibe tratamiento con crioterapia y actualmente se ha introducido la termo-coagulación y el abordaje hospitalario para las pacientes con cáncer de cérvix se mantiene con: quimioterapia, cirugía, radioterapia y cuidados paliativos.¹⁰⁴⁶

394. La REDESCA ha recibido información del gobierno de Chile relativa al Plan Nacional de Cáncer 2018-2028 que destaca por considerar como base la asociación existente entre el cáncer y los determinantes sociales en salud, como el nivel socioeconómico, educacional, condiciones laborales, factores de riesgo, y condiciones estructurales como políticas públicas, socioeconómicas, culturales y medioambientales, además de la calidad de recursos básicos, aspectos que permiten el pleno ejercicio de los derechos de las personas, y su acceso a saneamiento adecuado. El Plan propuso 5 líneas estratégicas, que tienen como fundamentos integradores los enfoques de Derecho, Equidad, Determinantes Sociales, Intersectorialidad, Curso de Vida, Género, Interculturalidad y Promoción de la Salud¹⁰⁴⁷.
395. En el mismo tenor de tutela del derecho a la salud mediante la prevención de ENT, entre ellas el cáncer, organizaciones de la sociedad civil de México informaron sobre la toma de acción para la protección de cultivos tradicionales y la prohibición del glifosato para salvaguardar la salud, un medio ambiente sano y la seguridad y autosuficiencia alimentaria en México.¹⁰⁴⁸ En febrero de 2023 México emitió un decreto mediante el cual se prohíbe “el uso, enajenación, distribución, promoción e importación” glifosato y de agroquímicos que lo contienen como ingrediente activo, así como la del maíz genéticamente modificado,¹⁰⁴⁹. La protección de los cultivos tradicionales además de proteger la biodiversidad de un alimento tradicional busca proteger la salud de consumidores de masa y tortilla de maíz transgénico y salvaguardar el campo y productores mexicanos, y promover el maíz nativo.¹⁰⁵⁰

f. Adhesión a la iniciativa HEARTS de la OPS

396. HEARTS es una iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud en que participan diversos actores globales. El Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la implementación de HEARTS en la región de las Américas, “asegurando que las acciones de implementación estén alineadas con las prioridades estratégicas de la región, especialmente con la Resolución de la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, específicamente aquellos relacionados con la prevención y el control de las ENT”¹⁰⁵¹.
397. Esta iniciativa cuenta con el acompañamiento técnico permanente de la OPS para mejorar la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial y la diabetes, a través de la

¹⁰⁴⁵Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA.Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles.

¹⁰⁴⁶Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA.Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles.

¹⁰⁴⁷Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.

¹⁰⁴⁸Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, febrero 2023. El Poder del Consumido rA.C. (México)

¹⁰⁴⁹Diario Oficial de la Federación, 13 de febrero 2023. Decreto por el que se establecen diversas acciones en materia de glifosato y maíz genéticamente modificado disponible en [DOF - Diario Oficial de la Federación](#)

¹⁰⁵⁰ Ley Federal para el Fomento y Protección del Maíz Nativo: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5591534&fecha=13/04/2020#:~:text=%22EL%20CONGRESO%20GENERAL%20DE%20LOS.Art%C3%ADculo%20%C3%9Anico.&text=Se%20reconoce%20a%20la%20producci%C3%B3n.Nativo%2C%20como%20manifes taci%C3%B3n%20cultural%20nacional

¹⁰⁵¹ OPS. HEARTS en las Américas disponible en [HEARTS en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

introducción de los mejores modelos terapéuticos a nivel internacional y un paquete de salud pública que aborda los factores de riesgo conductuales para las principales enfermedades cardio metabólicas, la estratificación del riesgo cardiovascular, el monitoreo y la evaluación, así como la adopción de protocolos simples y estandarizados para el abordaje farmacológico.

398. El objetivo de HEARTS es “integrarse de manera transparente y progresivamente a los servicios de salud ya existentes para promover la adopción de las mejores prácticas mundiales en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV) y mejorar el desempeño de los servicios a través del mejor control de la hipertensión y la promoción de la prevención secundaria con énfasis en la atención primaria de salud¹⁰⁵²”. Según datos de la OPS, HEARTS se está implementando y expandiendo en 26 países de la región para incluir 2117 centros de salud, que en conjunto cubren aproximadamente 20 millones de adultos en las áreas de captación respectivas y se prevé sea el principal modelo de manejo del riesgo cardiovascular en la atención primaria de la salud en la región de las Américas para el 2025¹⁰⁵³.
399. Según información provista por el gobierno argentino, el país cuenta con una regulación específica para garantizar a las personas con diabetes el aprovisionamiento de los medicamentos y reactivos de diagnóstico para autocontrol, con mecanismos de actualización para que se incorporen a la cobertura de salud los avances que eventualmente realicen las investigaciones científicas¹⁰⁵⁴.
400. En el caso de El Salvador, se informa que este país está ejecutando desde febrero del 2022 la implementación de la Iniciativa HEARTS, contando con 4 fases de implementación a 2024; existen Lineamientos técnicos para el abordaje integral de la hipertensión, tratamiento de la diabetes y enfermedad renal crónica en el primer nivel de atención, y lineamientos técnicos para la atención integral de las personas con pie diabético¹⁰⁵⁵. Uruguay también cuenta con una norma específica sobre diabetes¹⁰⁵⁶.
401. Según información proporcionada a la REDESCA por el Estado mexicano, México se incorporó al sistema HEARTS en las Américas a inicios del año 2020. Cuenta asimismo con un Programa específico para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus,¹⁰⁵⁷ que regula la prevención y tratamiento – farmacológico y no farmacológico- de la diabetes, describiendo las intervenciones del sistema de salud y considerando la importancia del involucramiento de la comunidad en cuanto a la implementación exitosa de factores protectores para la prevención y control de esta enfermedad, teniendo como otro de sus pilares la educación en salud. La prevención se contempla en tres niveles: primaria (control de los factores de riesgo antes del desarrollo de la enfermedad), secundaria (evitar complicaciones agudas o crónicas) y terciaria (evitar discapacidad y muerte temprana). Entre otras, este programa enlaza con la ley de “Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria, criterios

¹⁰⁵² OPS. HEARTS en las Américas disponible en [HEARTS en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org)

¹⁰⁵³ OPS. HEARTS en las Américas disponible en [HEARTS en las Américas - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](https://www.paho.org)

¹⁰⁵⁴ *Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, marzo 2023 Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables (Ley N° 23.753 sus modificatorias y el Decreto N° 1286/2014)

¹⁰⁵⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles.

¹⁰⁵⁶ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. Alianza ENT Uruguay.

¹⁰⁵⁷ *Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, Gobierno de México Estados Unidos Mexicanos, /Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010 *Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus*, CNDH del 23 de noviembre de 2010, disponible en [Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus \(cndh.org.mx\)](https://www.cndh.org.mx)

para brindar orientación¹⁰⁵⁸ y aquella destinada a la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica¹⁰⁵⁹.

402. El gobierno de Chile ha informado que, además de avanzar en la implementación de HEARTS, cuenta con un sistema llamado Régimen General de Garantías “AUGE”, el cual busca garantizar acceso, calidad, oportunidad y protección financiera en 87 condiciones de salud específicas, entre las que se incluyen las siguientes ENT: hipertensión, diabetes, infarto, enfermedades oncológicas, y diagnósticos de salud mental como esquizofrenia, depresión, consumo perjudicial de alcohol y drogas en menores de 20 años, trastorno bipolar, Alzheimer y otras demencias¹⁰⁶⁰. Sumado a ello, el Fondo de Farmacia (FOFAR), tiene como objetivo entregar oportuna y gratuitamente los medicamentos para el tratamiento de personas con hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia, incluyendo otras estrategias complementarias como el recordatorio de citas médicas, a fin de incentivar la adherencia al tratamiento¹⁰⁶¹.

E. Decisiones legales a favor de las intervenciones regulatorias para la prevención de ENT

403. Como ya se ha establecido, las medidas regulatorias para contrarrestar o prevenir los factores de riesgo de las ENT. Sin embargo, según informan organizaciones de la sociedad civil, éstas medidas han sido sistemáticamente impugnadas judicialmente, en una práctica corporativa obstructiva de los derechos humanos¹⁰⁶².
404. En función de la información recibida, la REDESCA rescata algunas decisiones judiciales que resultan ilustrativas de la importancia de contar con un sistema efectivo de acceso a la justicia y con el rol gravitante de la sociedad civil mediante litigios de protección de derechos, aunque también cabe advertir que ha sido denunciado reiteradamente por las organizaciones de la sociedad civil que el sistema judicial es un mecanismo utilizado por las industrias del tabaco, alcohol, productos comestibles y bebidas no saludables para obstruir el funcionamiento de la normativa protectora del derecho a la salud y la prevención de las ENT. Se ha recibido información de organizaciones de la sociedad civil denunciando que estas empresas tienen suficiente poder económico y político como para impedir que avance cualquier posible causa judicial en su contra, citando como ejemplo de esta situación las acciones por daños y perjuicios contra las compañías de cigarrillos, que en los últimos 20 años han obtenido decisiones a su favor, en detrimento de las víctimas del cáncer¹⁰⁶³.
405. Organizaciones de la sociedad civil informan que, en América Latina, Brasil es uno de los países con el marco legal más protector sobre el mercadeo dirigido a la infancia, independientemente del tipo de producto o servicio que se promoció¹⁰⁶⁴. La Ley 8078/1990 (Código de Defensa del Consumidor-CDC) establece disposiciones clave que indican que “toda publicidad engañosa o abusiva está prohibida, y que

¹⁰⁵⁸ N *Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, Gobierno de México Estados Unidos Mexicanos (Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación CNDH Fecha de publicación: 22 de enero de 2013 disponible en [Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación \(cndh.org.mx\)](#)

¹⁰⁵⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica CNDH Fecha de publicación: 31 de mayo de 2010 disponible en [Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica \(cndh.org.mx\)](#)

¹⁰⁶⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile

¹⁰⁶¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile

¹⁰⁶² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

¹⁰⁶³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes

¹⁰⁶⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

la publicidad de cualquier naturaleza que aproveche de la falta de juicio y experiencia del niño es abusiva. La ley también establece que "se prohíbe al proveedor de productos o servicios, entre otras prácticas abusivas, aprovecharse de la debilidad o ignorancia de los consumidores para promocionar sus productos o servicios, dada su edad (...)"¹⁰⁶⁵.

406. La citada normativa se discutió en el "caso Bauducco" en Brasil (2016), uno de los precedentes judiciales más importantes sobre la comercialización de alimentos no saludables. En el mencionado caso, el Superior Tribunal de Justicia (STJ) consideró, por unanimidad, que la campaña "It's Shrek Time" se constituía como un caso de doble publicidad abusiva: en primer lugar, por tratarse de un anuncio o promoción de alimentos dirigida, directa o indirectamente, a los niños. En segundo lugar, por el evidente "gancho comercial" utilizado, ilegal en un contexto de marketing que utiliza o manipula el universo lúdico de los niños¹⁰⁶⁶. El Tribunal también consideró que: (a) la comercialización de alimentos poco saludables dirigida a los niños, directa o indirectamente, es abusiva, (b) La autoridad para decidir sobre la alimentación de los niños corresponde a sus padres: ninguna empresa comercial tiene el derecho legal constitucional garantizado para obstaculizar su autoridad y sentido común; (c) Las empresas pueden ofrecer sus productos, pero no pueden dirigir estos anuncios a los niños por la puerta de atrás eliminando la autonomía de los padres.¹⁰⁶⁷.
407. También en Colombia, la Corte Constitucional decidió sobre la constitucionalidad de las disposiciones restrictivas de la publicidad en relación a la Ley 1355 (2009) que prohibió la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y sus derivados, en la sentencia C-830/10 del año 2010. Allí, la Corte entendió que "la prohibición total de la publicidad y promoción del consumo de tabaco, al igual que la restricción del patrocinio en eventos culturales y deportivos(..) [son] medidas compatibles con la libertad de empresa y la libre iniciativa privada (...) el legislador puede imponer restricciones, incluso a nivel de prohibición, a la publicidad comercial, cuando concurren razones imperiosas que hagan proporcionales medidas de esa naturaleza"¹⁰⁶⁸. En su análisis, la Corte refiere al consenso global sobre el "carácter intrínsecamente nocivo" del tabaco y sus derivados, considerando acreditado el daño que provocan en la salud, no solo en quien consume, sino además en fumadores pasivos y en el medio ambiente. Adicionalmente, la Corte considera que la prohibición legal (a) no afecta el núcleo esencial de las libertades económicas, puesto que es compatible con la producción y comercialización de los productos de tabaco y sus derivados; (b) preserva el derecho de los consumidores a conocer sobre los efectos y consecuencias del consumo de dichos bienes; y (c) es desarrollo de compromisos suscritos por el Estado colombiano en materia de control de tabaco.¹⁰⁶⁹
408. Por otra parte, los conflictos de interés han sido señalados como "una de las consecuencias de la captura corporativa", que "suele centrar la responsabilidad en una parte (responsables políticos, investigadores, etc.) y no en la otra (la industria)"¹⁰⁷⁰. Organizaciones de la sociedad civil han reportado el caso de Colombia, donde la Corporación Colectivo de Abogados José Alvear Restrepo presentó una demanda de inconstitucionalidad contra la reforma de la Ley 5/1992 que permitía a los legisladores participar en la discusión y votación de proyectos de ley sobre asuntos relevantes para los sectores económicos que financiaron sus campañas electorales. La Ley 2003/2019, que modificó la letra e) del artículo 1 de la Ley núm.5/1992 establecía que lo anterior no se consideraba conflicto de intereses, salvo que existiera un beneficio particular, directo y actual para el legislador.¹⁰⁷¹ En un precedente de vital importancia para la región, la Corte Constitucional de Colombia dictaminó que la enmienda en estudio era inconstitucional

¹⁰⁶⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

¹⁰⁶⁶ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

¹⁰⁶⁷ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

¹⁰⁶⁸ Corte Constitucional Colombiana, sentencia C-580/10 disponible en [C-830-10 Corte Constitucional de Colombia](#)

¹⁰⁶⁹ Corte Constitucional Colombiana, sentencia C-580/10 disponible en [C-830-10 Corte Constitucional de Colombia](#)

¹⁰⁷⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

¹⁰⁷¹ Senado de la República de Colombia. Ley 5ta de 1992 Reglamento del Congreso, disponible en

<https://senado.gov.co/index.php/el-senado/normatividad/ley-5tareglamento#:~:text=Tiene%20por%20objeto%20subsancar%20los,de%20las%20discusiones%20y%20votaciones.>

por violar los fines superiores a los que debe servir la actividad legislativa, como el bien común y el interés público¹⁰⁷². La CIDH y su REDESCA recuerda a los Estados que para asegurar la protección de los derechos humanos es fundamental asegurar los más altos niveles de transparencia en aquellas relaciones que vinculan a las empresas y sectores económicos con el Estado.¹⁰⁷³

409. La REDESCA ha sido informada por organizaciones de la sociedad civil colombiana sobre el amplio corpus legal emitido por la Corte Constitucional Colombiana¹⁰⁷⁴ en relación al derecho a la alimentación adecuada, especialmente en niños, niñas y adolescentes. La sentencia T-302 del 2017 ratifica “el derecho a tener acceso, de manera regular, permanente y libre, sea directamente, sea mediante compra en dinero, a una alimentación cuantitativa y cualitativamente adecuada y suficiente, que corresponda a las tradiciones culturales de la población a que pertenece el consumidor y que garantice una vida psíquica y física, individual y colectiva, libre de angustias, satisfactoria y digna.” En relación a la alimentación escolar, la sentencia T-457 de 2018 declaró que ésta debe ser equilibrada y nutritiva y tener en cuenta los hábitos alimenticios de cada población¹⁰⁷⁵.
410. Organizaciones de la sociedad civil informaron que, en septiembre de 2022, el presidente de Uruguay emitió el Decreto 282/022 que modificaba el Decreto que regula la Ley de empaquetado neutro de los productos del tabaco, el cual fue impugnado judicialmente. La acción judicial impulsada por la sociedad civil logró la suspensión del Decreto, ya que la justicia entendió que el decreto atentaba ilegal e inconstitucionalmente contra los derechos de los niños y adolescentes e infringía el marco jurídico nacional de Uruguay y sus obligaciones internacionales en virtud del derecho de los derechos humanos¹⁰⁷⁶.
411. Por su parte, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) mexicana informó sobre su jurisprudencia vinculada al derecho a la salud y las ENT. Entre sus decisiones destaca el Amparo en Revisión 499/2015, mediante el cual una comunidad indígena impugnó el permiso para la liberación al ambiente de soya genéticamente modificada resistente al glifosato, al entender que que ello afectaría el desarrollo de la apicultura como una práctica y medio de subsistencia principal que han llevado a cabo ancestralmente. Con base en información científica, la SCJN precisó que el herbicida denominado glifosato no solo es dañino para el ecosistema, sino que existen evidencias de que es una sustancia capaz de causar cáncer y, por lo tanto, puede tener impactos significativos en la vida y el entorno de las comunidades indígenas. Además, la Corte consideró que aunque previamente se había llevado a cabo un proceso de consulta, ésta no cumplió con los requisitos de ser previa, culturalmente adecuada y de buena fe, dejando sin efectos el permiso otorgado por las autoridades responsables hasta en tanto no se realizara la consulta respectiva con las comunidades indígenas involucradas¹⁰⁷⁷.
412. La SCJN mexicana ha reconocido que existen ciertos factores que pueden propiciar el surgimiento de enfermedades no transmisibles, y en el Amparo en Revisión 96/2009 ratificó la constitucionalidad de la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores en el Distrito Federal y su reglamento. Mediante el Amparo en revisión 515/2014, confirmó la constitucionalidad de la tarifa fija según el nivel de azúcar de las bebidas saborizadas, al entender que los impuestos indirectos buscan elevar los costos del consumo de bienes que generan daños a la salud, medida que encuentra validez constitucional en la

¹⁰⁷²Corte Constitucional de la República de Colombia. Sentencia C-302/21, disponible en <https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/2021/C-302-21.htm#:~:text=regimen%20de%20conflicto%20de%20intereses,y%20182%20de%20la%20cp>

¹⁰⁷³REDESCA-CIDH *Informe sobre Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*. 2019, disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/EmpresasDDHH.pdf>

¹⁰⁷⁴*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023* FIAN Colombia, *Red PaPaz,, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.

¹⁰⁷⁵*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*. FIAN Colombia, *Red PaPaz,, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.

¹⁰⁷⁶*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023*. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHAI) & Corporate Accountability,

¹⁰⁷⁷*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*. Dirección General de Derechos Humanos (DGDH) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México.

protección de la salud, recordando que los factores de riesgo responsables de las enfermedades no transmisibles están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física¹⁰⁷⁸.

413. En el mismo sentido, confirmó la constitucionalidad de la imposición tributaria sobre productos de alta densidad calórica y bajos nutrientes, ya que la finalidad mediata que se busca consiste en que el Estado garantice a toda persona el derecho a una alimentación nutritiva, suficiente y de calidad (Amparo en Revisión 441/2015). Así, la Corte mexicana señala que una tasa fija no resulta violatoria del principio de proporcionalidad tributaria, porque el fin extrafiscal buscado es inducir el uso racional de los alimentos no básicos, siendo un medio idóneo, apto y adecuado para paliar las distintas enfermedades que se asocian o derivan del consumo de dichos alimentos, así como prevenir su consumo excesivo¹⁰⁷⁹.
414. La REDESCA ha sido informada por organizaciones de la sociedad civil que Brasil, a través de la Fiscalía General, ha demandado a grandes compañías tabacaleras, a nivel internacional y en sus filiales brasileñas, para recuperar los costes al sistema de salud brasileño derivados del tratamiento de 26 enfermedades relacionadas con el tabaquismo y el humo de segunda mano en los últimos cinco años. En Brasil, se calcula que cada año mueren más de 156.000 personas, lo que cuesta al sistema sanitario unos 14.100 millones de dólares¹⁰⁸⁰.
415. Por su parte, organizaciones de la sociedad civil argentina han informado sobre una decisión de la Corte Suprema de Justicia en el fallo “Nobleza Piccardo SAICYF c/ Santa Fe” (2015), donde se discutía la constitucionalidad de una ley local (Ley santafesina 12.432) que establecía prohibiciones y limitaciones relativas a la publicidad y promoción de los productos de tabaco, su consumo y su venta. Además de avalar la potestad de una provincia de avanzar en una regulación de la publicidad y promoción de productos de tabaco más restrictiva que el estándar nacional, la Corte rechazó la demanda de Nobleza Piccardo (filial nacional de British American Tobacco) por considerar que las medidas impugnadas eran proporcionales y por ende, constitucionales, a la finalidad perseguida de garantizar la salud pública.¹⁰⁸¹ En su decisión, la Corte Suprema argentina considera que el derecho a la salud es pasible de la más alta protección constitucional y reconoce que el legislador provincial usó sus facultades de manera razonable, pues se basó en propósitos de salud pública, siguiendo los estándares internacionales. Por tanto, falla a favor de “la admisibilidad de las restricciones, en razón de los efectos que para la salud pública genera el consumo de tabaco”. En virtud de que se persiguen fines constitucionalmente valiosos, la Corte admite que se impongan restricciones a la empresa y al ámbito protegido del discurso comercial¹⁰⁸².

F. Acceso a la información, mecanismos e iniciativas de monitoreo

416. La REDESCA recuerda a los Estados que la Corte IDH ha hecho hincapié en el carácter instrumental del derecho a acceder a la información para satisfacer otros derechos de la CADH¹⁰⁸³. En las Américas existen 22 países (2015) que cuentan con una ley que consagra – de manera más o menos amplia – el derecho de acceso a la información pública: Antigua y Barbuda, Brasil, Belice, Canadá, Colombia, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Vicente, Trinidad y Tobago, y Uruguay. Otros países se han aprobado normas que, sin revestir la categoría específica de leyes de acceso a la información, reglamentan algunos aspectos sobre este ámbito. Finalmente, existen casos en la región en los que, dada

¹⁰⁷⁸Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Dirección General de Derechos Humanos (DGDH) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México

¹⁰⁷⁹Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Dirección General de Derechos Humanos (DGDH) de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de México

¹⁰⁸⁰Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability

¹⁰⁸¹Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

¹⁰⁸²CSJ 188/2006(42-N)/Nobleza Piccardo S.A.I.e.yF. c Santa Fe, Provincia acción declarativa de inconstitucionalidad.

¹⁰⁸³ Corte IDH. I.V. v. Bolivia Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016.

la inexistencia de regulaciones concretas sobre el tema, este derecho se rige por las disposiciones contenidas en la Constitución¹⁰⁸⁴.

417. En del año 2020 la OEA aprobó la Ley Modelo Interamericana 2.0 sobre Acceso a la Información Pública, que incorpora estándares de vanguardia y mejores prácticas para la promoción de la transparencia y del derecho de acceso a la información¹⁰⁸⁵. Esta Ley modelo establece la más amplia aplicación posible del derecho de acceso a la información en posesión, custodia o control de cualquier autoridad pública, partido político, gremio y organización sin fines de lucro, los cuales deberán responder a las solicitudes de información sobre los fondos o beneficios públicos recibidos¹⁰⁸⁶.
418. La mayoría de los Estados Miembros tienen planes nacionales para las ENT e inversiones relacionadas con los programas,¹⁰⁸⁷ y cuentan con sistemas de vigilancia epidemiológica, datos estadísticos oficiales, correspondientes a los últimos cinco años, relativos las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por las ENT; incidencia o presencia de factores de riesgo en la población en general; y otros registros, si bien con diferencias en cuanto al nivel de desagregación de los datos.
419. Según información aportada por los Estados, en México, por ejemplo, el control epidemiológico se realiza a través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (“SINAVE”), mismo que concentra la información de la vigilancia epidemiológica convencional a través del Sistema Único Automatizado de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE);¹⁰⁸⁸ en Colombia los datos son provistos por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE¹⁰⁸⁹) mientras que en Argentina la fuente utilizada sobre morbilidad se basó en la 4^º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018¹⁰⁹⁰.
420. El gobierno de El Salvador reportó que en el marco de la Política Nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles y sus indicadores de implementación, se llevó adelante en el año 2015, la Encuesta Nacional de Enfermedades crónicas ENECA-ELS en la población de 20 años y en el año 2022 se realizó la Cuarta Encuesta mundial sobre tabaco en adolescentes de 13 a 15 años.¹⁰⁹¹ La ENECA-ELS mostró, que las enfermedades no transmisibles se posicionan entre las primeras 10 causas de consulta y que la prevalencia de hipertensión en población adulta era del 37%, muy por encima de la prevalencia de la región de Las Américas (por entonces del 18.7%); similar en el caso de la diabetes en adultos, la cual registró una prevalencia de más de 4 puntos sobre registrada en la región e incluso por arriba del istmo centroamericano. La Encuesta de ENT será realizada nuevamente en el año 2023.¹⁰⁹² Asimismo, para monitorear y evaluar la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la salud, el país utiliza como herramienta el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,

¹⁰⁸⁴OEA. Leyes de acceso a la información disponible en [OEA: Gestión Pública Efectiva \(oas.org\)](https://oas.org)

¹⁰⁸⁵ FIAPP. El blog de la FIAPP. Acceso a la información pública en América Latina y el Caribe, noticia del 5 de noviembre de 2020 disponible en [Acceso a la información pública en América Latina y El Caribe \(fiiapp.org\)](https://fiiapp.org)

¹⁰⁸⁶FIAPP. El blog de la FIAPP. Acceso a la información pública en América Latina y el Caribe, noticia del 5 de noviembre de 2020 disponible en [Acceso a la información pública en América Latina y El Caribe \(fiiapp.org\)](https://fiiapp.org)

¹⁰⁸⁷OPS. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, 2014 p.4 disponible en [plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf \(paho.org\)](https://paho.org)

¹⁰⁸⁸ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe del Estado Mexicano en respuesta al cuestionario de la REDESCA-CIDH*

¹⁰⁸⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023.FIAN Colombia, *Red PaPaz, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹⁰⁹⁰ *Respuesta a cuestionario REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, marzo 2023. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables. (Ley N° 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable,

¹⁰⁹¹*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Anexo 1 p.50 Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles.

¹⁰⁹²*Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Anexo 1 p.50 Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles.

evaluándose de manera periódica indicadores cuantitativos y señales de progreso cualitativas, que identifican los principales avances y progresos en la implementación de los derechos.¹⁰⁹³

421. En Argentina, conforme datos brindados por organizaciones de la sociedad civil, el mecanismo institucional para monitorear los avances de las ENT y sus factores de riesgo son las encuestas nacionales. La principal fuente de datos es la Encuesta de Factores de Riesgo (ENFR), que recolecta información sobre distintos indicadores desde el año 2005¹⁰⁹⁴. La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS) incluye mediciones antropométricas, datos sobre lactancia materna y una descripción detallada del consumo de alimentos de la población obtenida a través de un recordatorio de 24 horas entre otros indicadores relevantes. En la población de adolescentes escolarizados se realiza la Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE) y la Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (EMTJ) de forma periódica. La EMSE se realizó en los años 2007, 2012, 2018 y la EMTJ en los años 2007, 2012 y 2018.¹⁰⁹⁵
422. La REDESCA ha recibido información de la sociedad civil uruguaya sobre la Segunda Encuesta de Factores de Riesgo (ENFRENT) desarrollada en Uruguay en el año 2013, la cual, a diferencia de la primera realizada en el año 2006 (que medía resultados en las personas a partir de los 24 años), incluye información de personas entre los 15 y los 24 años. Entre una y otra se reporta “una disminución en el consumo diario de tabaco, una mejora en el nivel de actividad física y una disminución del colesterol elevado”, pero un aumento en el bajo consumo de frutas y verduras, de sobrepeso y obesidad, así como de presión arterial elevada, manteniéndose sin cambios significativos el consumo nocivo de alcohol y la glicemia elevada.¹⁰⁹⁶
423. Por su parte, dentro del sistema integrado de salud, que despliega diferentes programas “sombrilla” de atención primaria vinculados a las ENT, organizaciones de la sociedad civil en Colombia mencionan la “Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud (RIAS)”, la cual, desde el 2018, da seguimiento a una serie de indicadores en nutrición, actividad física, prevención y detección temprana de cáncer y ECV. La ruta busca potenciar la capacidad de agencia y prácticas para el cuidado de su salud a nivel individual, familiar y comunitario, en particular la promoción de entornos saludables y la detección temprana de alteraciones y riesgos en salud.¹⁰⁹⁷ El gobierno de Ecuador ha señalado a la Comisión que posee un sistema de encuestas nacionales para monitorear los indicadores relativos a las ENT¹⁰⁹⁸.
424. La REDESCA recuerda a los Estados que, si bien la recolección de información es de suma importancia, no agota el cumplimiento de sus obligaciones. Los Estados deben tomar medidas dirigidas a la prevención de ENT, incluyendo a través de la provisión de información y la adopción de políticas y regulaciones a nivel poblacional, así como medidas dirigidas a su detección y tratamiento, a través de toda una gama de bienes y servicios que cumplan con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

G. Desafíos en la implementación de medidas para la prevención y tratamiento de ENT en la región

425. En esta sección se detallan desafíos y limitaciones que han sido reportadas en relación a los avances en la implementación de medidas dirigidas a la prevención y tratamiento de las ENT en la región.

¹⁰⁹³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Anexo 1 p.50 Gobierno de El Salvador, Ministerio de Salud Dirección de Políticas y Gestión de Salud Unidad de Políticas de Programas Sanitarios Oficina de Enfermedades No Transmisibles*

¹⁰⁹⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCAFIPC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.*

¹⁰⁹⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCAFIPC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.*

¹⁰⁹⁶ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Alianza ENT Uruguay*

¹⁰⁹⁷ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, FIAN Colombia, Red PaPaz,, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez*

¹⁰⁹⁸ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, febrero 2023. Misión Permanente de Ecuador ante la OEA*

a. Desafíos vinculados a las prácticas de interferencia corporativa

426. Tanto los informes de organismos internacionales como de organizaciones de la sociedad civil coinciden en señalar las prácticas de interferencia de las industrias del alcohol, los productos ultra procesados, el tabaco y los sucedáneos de la leche materna como uno de los principales factores limitantes para el avance de las políticas y regulaciones. Los esfuerzos de las empresas para influir en las políticas a favor de sus intereses comerciales conllevan un riesgo particular de facilitar la vulneración de los derechos humanos¹⁰⁹⁹.
427. El Grupo de Trabajo sobre Derechos humanos y las Empresas Transnacionales advierte que “la probabilidad de que la participación política de las empresas tenga efectos adversos en los derechos humanos puede ser mayor cuando los productos o servicios de las empresas acarrearán riesgos elevados e inherentes para la salud de las personas o el medio ambiente(...), tal es el caso de las industrias de productos básicos insalubres, como las industrias del alcohol, el tabaco, los combustibles fósiles y los alimentos y bebidas ultra procesados”¹¹⁰⁰, a los que agregamos los sustitutos de leche materna. Desde la sociedad civil se ha propuesto catalogar a la interferencia corporativa como una categoría articuladora, pues involucra las esferas sociales, económicas, jurídicas e institucionales al momento de extender sus afectaciones, siendo un verdadero reto estructural¹¹⁰¹.
428. La OPS señala que las industrias “han desarrollado estrategias de presión política e interferencia para poder operar sin límites que puedan afectar a sus intereses económicos”¹¹⁰² y, si bien estas prácticas no suelen ser ilegales, son ilegítimas y socavan la integridad de las instituciones públicas, así como la confianza de los ciudadanos en los procesos democráticos de toma de decisiones¹¹⁰³. La REDESCA ha recibido información de organizaciones de la sociedad civil acerca de cómo estos sectores empresariales han influido en las decisiones sobre políticas públicas para retrasar, debilitar o impedir medidas regulatorias, en detrimento de los derechos humanos, a través de diferentes estrategias de influencia directa e indirecta¹¹⁰⁴¹¹⁰⁵¹¹⁰⁶¹¹⁰⁷.
429. La REDESCA ha tomado conocimiento del caso de la Organización Regional de Normalización y Calidad de la CARICOM (CROSQ), que en 2018 inició un proceso para aprobar una norma regional de etiquetado para productos no saludables con sellos octogonales color negro y uso del texto “alto en” para productos con alto contenido de sal, grasa y azúcar¹¹⁰⁸. El proceso se estancó en 2022 tras una votación regional en

¹⁰⁹⁹ OHCHR. *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos* Nota del Secretario General, A/77/201, 20 de julio de 2002, párr 14 disponible en [Corporate influence in the political and regulatory sphere : ensuring business practice in line with the Guiding Principles on Business and Human Rights : \(un.org\)](#)

¹¹⁰⁰ OHCHR. *Influencia de las empresas en la esfera política y reglamentaria: cómo asegurarse de que las prácticas empresariales se ajusten a los Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos* Nota del Secretario General, A/77/201, 20 de julio de 2002, párr 14 disponible en [Corporate influence in the political and regulatory sphere : ensuring business practice in line with the Guiding Principles on Business and Human Rights : \(un.org\)](#)

¹¹⁰¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, p.14. FIAN Colombia, *Red PaPaz, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹⁰² OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 34, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹⁰³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

¹¹⁰⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

¹¹⁰⁵ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, p.14. FIAN Colombia, *Red PaPaz, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹⁰⁶ *Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus.

¹¹⁰⁷ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes

¹¹⁰⁸ *Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus

la que los Estados miembros de la CARICOM no pudieron alcanzar un consenso sobre el proyecto final de norma regional debido a la fuerte oposición de actores del sector privado, quienes presionaron para que se adoptaran modelos alternativos y se realizaran investigaciones adicionales¹¹⁰⁹.

430. Entre las estrategias de influencia directa utilizadas por estos sectores, la Relatoría Especial ha recibido información sobre los grupos de presión mediante intensas acciones de cabildeo para evitar, retrasar o debilitar medidas regulatorias a nivel nacional e internacional; la financiación de las campañas políticas de los responsables de la toma de decisiones, la financiación de investigaciones para promover normativas más débiles; el recurrir a amenazas de acciones legales, y el uso de mecanismos judiciales para retrotraer o dilatar la entrada en vigencia de las mismas; la cooptación de medios de comunicación, así como la cooptación de líderes y voceros;¹¹¹⁰ Organizaciones de la sociedad civil han denunciado la promoción y difusión de estudios financiados por corporaciones¹¹¹³, que no declaraban su conflicto de interés, sugiriendo medidas favorables a sus intereses, favoreciendo la regulación a través del poder ejecutivo y estigmatizando a organizaciones de la sociedad civil que promovían las medidas.¹¹¹⁴ Resulta preocupante observar cómo - según informa la OPS- en la industria de los alimentos no saludables, se detecta que se han concentrado esfuerzos “en desplazar la atención, en relación con la causa de la epidemia de obesidad, desde el consumo excesivo de alimentos no saludables a la insuficiente actividad física, centrando la responsabilidad en la conducta personal y en un aparente derecho a decidir”.¹¹¹⁵ Conforme advierte el Relator del Derecho a la Salud, “so pretexto de cumplir sus obligaciones éticas hacia la sociedad en general, las grandes empresas de refrescos han intentado que la responsabilidad de la elección de alimentos más saludables recaiga en los consumidores, en lugar de asumir su papel en la creación de un entorno alimentario poco saludable¹¹¹⁶.” Esta narrativa de trasladar la responsabilidad también se ha reportado como una práctica de la industria del alcohol¹¹¹⁷.
431. Además, entre las estrategias de influencia indirecta, se ha informado sobre la instalación de narrativas relacionadas con el pánico económico, relativas a supuesta pérdidas de empleo, amenazas al comercio y la inversión, derivadas de las regulaciones. También se ha alegado que las medidas de salud pública

¹¹⁰⁹Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus

¹¹¹⁰Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus

¹¹¹¹Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

¹¹¹²Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, p.14. FIAN Colombia, Red PaPaz,, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹¹³ Pedroza-Tobias A, Crosbie E, Mialon M, et al. Food and beverage industry interference in science and policy: efforts to block soda tax implementation in Mexico and prevent international diffusion. *BMJ Global Health* 2021;6:e005662. doi:10.1136/bmjgh-2021-005662

¹¹¹⁴Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, FIAN Colombia, Red PaPaz,, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹¹⁵OMS. *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*, 2010, p.7 disponible en [Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños \(who.int\)](#)

¹¹¹⁵OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 34, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹¹⁶Consejo de Derechos Humanos. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover *Los alimentos poco saludables, las enfermedades no transmisibles y el derecho a la salud A/HRC/26/3*, 1 de abril de 2014 parr.30 disponible en [A-HRC-26-31_sp.doc \(live.com\)](#)

¹¹¹⁷OPS. *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020, 2021* Disponible en [Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020 \(paho.org\)](#) p. 75

son incompatibles con las normas internacionales de inversiones y del comercio;¹¹¹⁸ y se han esgrimido argumentos basados en la violación de compromisos comerciales internacionales¹¹¹⁹.

432. Organizaciones de la sociedad civil han informado que, durante la discusión en el Congreso Nacional argentino sobre la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable, desde la industria se presionó a los legisladores difundiendo información falsa. En este contexto, uno de los principales argumentos utilizados fue señalar que la política de etiquetado frontal constituye un obstáculo para el comercio internacional al ser Argentina miembro del bloque comercial regional del MERCOSUR (Mercado Común del Sur), lo que ha demostrado no ser verdadero.¹¹²⁰ De hecho, la OPS reporta que “los ministros de salud del MERCOSUR firmaron un acuerdo que establece los principios para establecer sistemas de etiquetado frontal de advertencia nutricional en los Estados Miembros de este bloque comercial”¹¹²¹.
433. En cuanto a las prácticas obstructivas realizadas una vez sancionada la norma, la REDESCA ha sido informada que en la Argentina desde corporaciones alimenticias se han llevado a cabo acciones que violan la normativa y le quitan credibilidad, por ejemplo, a través de mercadeo dirigido a las infancias, especialmente en el marco del Mundial de Fútbol Qatar 2022; por otro lado, se han comenzado a presentar recursos judiciales para frenar la aplicación de la Ley de Promoción de la Alimentación Saludable y presionar al gobierno para que flexibilice sus parámetros.¹¹²²
434. Organizaciones de la sociedad civil señalan la necesidad de promulgar políticas eficaces para garantizar que las normas de prevención de las ENT se basen en pruebas científicas y sean independientes de los intereses empresariales, no bastando con un compromiso político para evitar conflictos de intereses, sino mediante la promulgación de normativas obligatorias.¹¹²³
435. Otra narrativa utilizada desde ciertos sectores empresariales - denunciada por organizaciones de la sociedad civil - es la de presentarse como un actor indispensable para resolver problemas sociales, económicos, medioambientales e incluso problemas de salud a través de acciones de responsabilidad social corporativa para legitimarse a sí mismas y a sus productos ante la población en general¹¹²⁴. Al mismo tiempo, se ha informado sobre la tendencia a no señalar la responsabilidad de las empresas en la contaminación por el uso de plásticos generados por la industria de ultra procesados, en las medidas implementadas para la gestión y prevención de residuos. La responsabilidad se sigue asignando únicamente a las personas consumidoras y pequeños comerciantes, sin determinar la responsabilidad de las industrias que emiten la mayor parte de los residuos¹¹²⁵.
436. Organizaciones de la sociedad civil de Colombia han denunciado que la industria tabacalera está utilizando el enfoque de reducción de daños para promocionar los cigarrillos electrónicos (Sistemas

¹¹¹⁸ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, p.14.FIAN Colombia, Red PaPaz,, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹¹⁹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes

¹¹²⁰ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes, UNICEF and Instituto de Salud Pública (México); Experiences in the design and implementation of front-of-pack nutrition warning labels in Latin America and the Caribbean, 2021. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/29541/file/Labeling-regional-experiences.pdf> y Ríos, Cerra and Curry; Etiquetado frontal de alimentos en Argentina y Brasil: barreras y facilitadores jurídicos; 2020. Disponible en <https://aldiaargentina.microjuris.com/2020/04/21/etiquetado-frontal-de-alimentos-en-argentina-y-brasil-barreras-y->

¹¹²¹ OPS *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 24, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹²² *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes

¹¹²³ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes

¹¹²⁴ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023 Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability.

Electrónicos de Suministro de Nicotina- SEAN) y los productos de tabaco calentado (PTC). Esto no se ajusta a los objetivos de salud pública de las políticas de reducción de daños, sino que promueve el acceso generalizado y sin restricciones a productos adictivos¹¹²⁶.

437. La Relatoría Especial ha recibido información de parte de organizaciones de la sociedad civil alertando sobre empresas vinculadas a productos no saludables que han llevado a cabo acciones filantrópicas en el contexto de pandemia por COVID-19, a la par que presionaban activamente contra las políticas de salud pública para prevención de las ENT¹¹²⁷. Como se mencionó anteriormente, las empresas donaron productos ultra procesados a poblaciones vulnerables, incluyendo a programas escolares y poblaciones de bajos ingresos, “contribuyendo a empeorar las condiciones de salud como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares y exacerbando la desnutrición con alimentos y bebidas nutricionalmente pobres¹¹²⁸”.
438. El Índice de Interferencia de la Industria Tabacalera en América Latina 2021, reporta que, durante la pandemia, en países como México, Brasil Colombia y Ecuador la industria tabacalera llevó a cabo varias acciones de denominada “responsabilidad social” vinculadas a la donación o la asistencia a pacientes con Covid19. En Costa Rica, Philip Morris International donó mascarillas a la Caja Costarricense del Seguro Social, debiendo esta última recibir la donación debido a la escasez de suministros médicos; algo similar sucedió en Honduras y República Dominicana¹¹²⁹. La OPS ha advertido sobre la amenaza de los esfuerzos de la industria tabacalera “por mejorar su reputación y asegurar la validación de su papel como actor esencial en la respuesta a la COVID-19”. Asimismo, denuncia “las constantes acciones por producir información errónea sobre los efectos reales del consumo de tabaco y nicotina, especialmente en relación con el mercadeo de productos nuevos y emergentes de tabaco y nicotina que se presentan como contribuciones a la salud pública y al control del tabaco”, y por bloquear las regulaciones que restringen el consumo de sus productos en interés de la salud pública¹¹³⁰.
439. La REDESCA ha sido informada por organizaciones de la sociedad civil del Caribe sobre el importante papel desempeñado por la industria como motor de estas economías pequeñas, que permiten al sector privado disfrutar de una relación especial con los gobiernos de CARICOM y recibir un trato favorable como socios y aliados clave de los gobiernos en asuntos económicos y más allá, más aún ahora que las economías tratan de recuperarse tras la pandemia de COVID¹¹³¹. Como señala la OPS, es necesario aprobar normativa para la identificación y el manejo de conflictos de interés para los funcionarios y empleados públicos con competencias en las políticas sobre regulación del alcohol, la alimentación no saludable, el control del tabaco y los sucedáneos de la leche materna¹¹³².

b. Desafíos vinculados a la implementación y fiscalización de las medidas

440. Conforme datos de la OPS, “de las 80 medidas para la prevención y el control en relación con el alcohol, la alimentación no saludable y el tabaco analizadas, los países han aprobado normativa para menos de la mitad de ellas (la mayoría de los países tiene normativa sobre entre 20 y 30 intervenciones), y muchas de las medidas existentes no cumplen con las recomendaciones internacionales y con las estrategias y

¹¹²⁶ Respuesta a cuestionario sobre *Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, FIAN Colombia, *Red PaPaz, DeJusticia*, Colectivo de Abogadas y Abogados José, Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹²⁷ Respuesta a cuestionario sobre *Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability

¹¹²⁸ Respuesta a cuestionario sobre *Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability,

¹¹²⁹ Respuesta a cuestionario sobre *Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023. Campaign for Tobacco-Free Kids (CTFK) Global Health Advocacy Incubator (GHA) & Corporate Accountability, |.

¹¹³⁰ OPS. *Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022*, p.x, 2023 disponible en [Informe sobre el control del tabaco en la Región de las Américas 2022 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud \(paho.org\)](#)

¹¹³¹ *Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to the Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights* January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus.

¹¹³² OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 38, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

planes de acción regionales y mundiales”.¹¹³³ La región debe hacer frente a los desafíos vinculados a la gran diversidad de parámetros legales y jurídicos asociados con las intervenciones recomendadas.¹¹³⁴ Pese a tratarse de los mismos problemas, al interno de los Estados existen gran diversidad de normas, con distintas intensidades regulatorias y esta dispersión normativa y la falta de actualización y consistencia debilitan la eficacia de las medidas adoptadas, lo cual podría mejorarse mediante el intercambio de información y cooperación entre los países y fortaleciendo la cooperación técnica internacional¹¹³⁵.

441. Asimismo, la OPS detectó fallas en la forma en que están descritas las funciones de control de la autoridad normativa- al no ser claras ello perjudica las funciones de fiscalización y control de las medidas regulatorias- entonces puede suceder que las medidas regulatorias sean potentes pero no resulte suficiente si no existen elementos y respaldos legales suficientes para poder controlar, fiscalizar y sancionar el incumplimiento.¹¹³⁶ En el caso del alcohol, al no existir mecanismos de evaluación del cumplimiento y la efectividad de las regulaciones, no es posible determinar el impacto de las intervenciones en la reducción del consumo de alcohol “y tampoco su impacto en la mortalidad y la morbilidad por ENT o en las lesiones causadas por accidentes de tráfico¹¹³⁷”.
442. Entre los desafíos derivados de las limitaciones en las competencias en la regulación de la alimentación no saludable, la OPS señala dos cuestiones: por un lado, una visión restringida del problema, ya que la legislación sobre alimentación de la mayoría de los países de la región se enfoca en la prevención de la desnutrición, sin incluir la prevención del sobrepeso y la obesidad de manera integral¹¹³⁸. Asimismo, también se observa la falta de legislación y normatividad suficiente para consolidar las competencias de la autoridad nacional de salud para impulsar medidas regulatorias e implementar las intervenciones recomendadas¹¹³⁹. En el caso de las medidas regulatorias sobre el consumo de alcohol, por ejemplo, se señala que “no se encontraron preceptos legales que establezcan un mecanismo para garantizar la vigencia de las normas regulatorias impulsadas y que permitan verificar que estas reflejan de forma efectiva el sentido de las medidas¹¹⁴⁰”.
443. Organizaciones de la sociedad civil han llamado la atención, por un lado, sobre la ausencia de mecanismos para denunciar las infracciones a la normativa existente y promover la participación y fiscalización ciudadana y, aunado a ello, la necesidad de crear normas que hagan responsables a las empresas en toda la cadena de producción de sus productos, al mismo tiempo que se deberían crear los mecanismos de fiscalización y monitoreo de las empresas, desde la producción de los bienes necesarios para la elaboración de los productos no saludables, hasta su comercialización y publicidad.¹¹⁴¹
444. En relación con la implementación de la normativa sobre la comercialización de sucedáneos de leche materna, si bien muchos países cuentan con legislación, son muy pocos los que cuentan con medidas legales que reflejen plenamente el Código y, por tanto, no detienen eficazmente la promoción de

¹¹³³OPS . *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 34, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹³⁴ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 32, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹³⁵ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 32, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹³⁶ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 32, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹³⁷ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 23, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹³⁸ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 26, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹³⁹ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 26, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹⁴⁰ OPS. *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas costo eficaces en América Latina*, 2019, pág. 21, disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50833>

¹¹⁴¹ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para Prevenir la Obesidad en Niños Niñas y Adolescentes*

sucedáneos de la leche materna¹¹⁴². La OMS ha denunciado que, no obstante los esfuerzos mundiales a lo largo de 41 años para frenar “la promoción de sucedáneos de la leche materna, biberones y tetinas” siguen siendo ampliamente utilizadas. Nuevos datos publicados en 2021 documentan la exposición de mujeres embarazadas y madres a diferentes técnicas de promoción para influir en su decisión sobre alimentación infantil.¹¹⁴³

445. En el año 2021, UNICEF, en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública de México realizó un estudio sobre cómo el marketing digital de sucedáneos de leche materna influye en las prácticas de alimentación infantil, donde las tasas de lactancia exclusiva en menores de seis meses de edad son bajas (28,6%)¹¹⁴⁴. Aunque México ha promulgado varias disposiciones del Código Internacional de Comercialización de los Sucédáneos de la Leche Materna, existen importantes brechas legales que siguen siendo explotadas por las empresas¹¹⁴⁵. Entre los hallazgos, el estudio mostró que el 80% de los padres con acceso internet decía haber visto publicidad sobre sucedáneos de leche materna y alimentos para niños en el mes previo a la encuesta – incluyendo aquella para infantes de 0 a 6 meses, prohibida por ley- y casi el 55% afirmaron que las empresas los convencieron de que sus productos eran superiores a la leche materna¹¹⁴⁶. El estudio descubrió que la comercialización digital de productos sucedáneos a la leche materna no se encontraba regulada, más de la mitad de los sitios web analizado violaban el Código y el 40% utilizaban profesionales de la salud para generar confianza, mientras que el 20% del marketing digital de los productos para bebés fue generado por personas influyentes y sociales¹¹⁴⁷.
446. Sobre el tema, la OMS advierte que en los países persisten otros retos, como la ausencia de voluntad política de alto nivel, escasa rendición de cuentas, falta de mecanismos de supervisión y aplicación comprensión del Código y la insuficiencia de recursos humanos y financieros¹¹⁴⁸. Se ha recomendado que el personal sanitario debe recibir formación sobre sus responsabilidades en virtud del Código y de la legislación nacional “para evitar conflictos de intereses y proteger, promover y apoyar la lactancia materna¹¹⁴⁹”.

c. Desafíos vinculados a los sistemas de salud

447. La pandemia por COVID-19 ha dejado en evidencia la brecha existente en la prestación de servicios de salud entre países de altos y bajos ingresos¹¹⁵⁰ y ha expuesto la fragilidad del sistema de cuidados en materia de ENT, así como las debilidades en la organización y financiamiento de los sistemas de salud¹¹⁵¹. La REDESCA ha recibido información sobre la dependencia excesiva de los actores comerciales en la atención médica en el contexto de la pandemia, lo cual constituye una barrera para acceder a los

¹¹⁴² OMS. *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code — STATUS REPORT 2020*- p.26 disponible en [Marketing of breast milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020 \(who.int\)](#)

¹¹⁴³ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, Status report 2022*, p 24. disponible en [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

¹¹⁴⁴ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, Status report 2022*, p 21. disponible en [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

¹¹⁴⁵ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, Status report 2022*, p 21. disponible en [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

¹¹⁴⁶ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, Status report 2022*, p 21 disponible en [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

¹¹⁴⁷ OMS. *Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the International Code, Status report 2022*, p 21. disponible en [Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2022 \(who.int\)](#)

¹¹⁴⁸ OMS. *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code — Status Report 2020*- p.26 disponible en [Marketing of breast milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020 \(who.int\)](#)

¹¹⁴⁹ OMS. *Marketing of Breast-milk Substitutes: National Implementation of the International Code — Status Report 2020* – disponible en [Marketing of breast milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020 \(who.int\)](#)

¹¹⁵⁰ OMS y OPS. *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la COVID-19 en la región de las Américas, 17 de enero al 31 de mayo de 2020*, p. 6. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/respuesta-organizacion-panamericana-salud-COVID-19-region-americas-17-enero-al-31-mayo>.

¹¹⁵¹ Nassereddine, Ghiwa et al., *COVID-19 and non-communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: the need for a syndemics approach to data reporting and healthcare delivery*, BMJ Global Health, p. 2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8188577/>.

servicios de atención médica en muchos países, incluso cuando se trata de ENT,¹¹⁵² dado que las compañías privadas proveedoras del servicio de salud, pueden crear barreras y discriminación en el acceso a los seguros de asistencia sanitaria en el ámbito social.¹¹⁵³

448. Organizaciones de la sociedad civil han informado sobre la fragmentación de los sistemas de salud, que generan situaciones de inequidad en cuanto al acceso a los servicios de salud, atentado contra la eficiencia y eficacia en la implementación de programas y medidas, como un elemento que ha sido señalado reiteradamente como uno de los desafíos en la prevención de las ENT¹¹⁵⁴. Entre estos problemas se ha denunciado: la débil articulación entre entidades territoriales y el estado central, así como limitaciones en las capacidades operativas y financieras de las entidades territoriales, aunado a una pobre comprensión metodológica de las herramientas, falta de claridad en las metas y aplicación de indicadores¹¹⁵⁵. Se ha señalado también la necesidad de tener políticas intersectoriales a fin de lograr consensos políticos en las más altas autoridades, sobre todo en lo relacionado con los determinantes comerciales de la salud¹¹⁵⁶.
449. Por otra parte, el gobierno de México ha informado sobre la necesidad de invertir en el número y competencias del personal de enfermería para abatir la brecha entre los determinantes sociales y el estado de salud de la población.¹¹⁵⁷ También se ha indicado la necesidad de garantizar la contratación y continuidad de los recursos humanos necesarios para el abordaje interdisciplinario (personal médico, enfermería, nutrición y psicología), así como el abastecimiento continuo y preciso de los medicamentos innovadores, para poder contar con protocolos clínicos estandarizados en todo el país, para poder avanzar en la implementación de HEARTS. El gobierno de Costa Rica informó desafíos a nivel presupuestario¹¹⁵⁸.
450. El gobierno argentino entiende que el principal desafío en la agenda de las ENT es estructural y consiste en la urgencia de robustecer políticas públicas intersectoriales a los efectos de dar respuesta oportuna, eficiente y eficaz a la epidemia de las ENT, considerando los desafíos de abordar los determinantes sociales de la salud, y garantizado el acceso a un sistema de educación y de salud de calidad para contribuir a reducir diferencias sociales, culturales y económicas de la población.¹¹⁵⁹ Se señala que el perfil epidemiológico de Argentina representa un mosaico con profundas desigualdades a nivel jurisdiccional en el que conviven la prevalencia de las ENT, propias de los países centrales, con enfermedades emergentes, que dan cuenta que la nación aún no abandona los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo. El gobierno reporta que “la escasa transversalidad de las agendas políticas de salud, educación, desarrollo social, producción, economía, resulta la principal amenaza para el desarrollo e implementación de políticas públicas regulatorias que aborden la promoción de la salud y la reducción de los factores de riesgo de ENT”¹¹⁶⁰.
451. En un sentido similar, organizaciones de la sociedad civil uruguaya refieren al desafío de evitar el acceso diferencial al sistema de salud superando barreras socioeconómicas, tales como los problemas de

¹¹⁵² Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR)

¹¹⁵³ Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR)

¹¹⁵⁴ Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Global Initiative for Economic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR)

¹¹⁵⁵ Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, enero 2023, FIAN Colombia, Red PaPaz, DeJusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez.

¹¹⁵⁶ Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Misión permanente de Uruguay ante la OEA

¹¹⁵⁷ Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Misión permanente de México ante la OEA

¹¹⁵⁸ Respuesta a cuestionario *sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, Misión permanente de Costa Rica ante la OEA

¹¹⁵⁹ Respuesta a cuestionario *REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, marzo 2023 Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables

¹¹⁶⁰ Respuesta a cuestionario *REDESCA sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos*, marzo 2023 Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Dirección de Entornos Saludables.

distancia respecto del centro de atención a diferencias en la calidad de la atención y el acceso a medicamentos.¹¹⁶¹

452. La REDESCA ha recibido denuncias por parte de una organización de la sociedad civil ecuatoriana en relación con las afectaciones a la salud, en particular, el incremento de los casos de cáncer en zonas de la amazonia ecuatoriana, donde industrias petroleras realizan actividades extractivas; aunado a ello, se denuncia una caída del porcentaje de diagnósticos en el sistema público de salud a favor de clínicas privadas, en un contexto en el cual las personas afectadas deben desplazarse a centros médicos ubicados lejos de la región, agravando las condiciones de salud y obstaculizando las posibilidades de prevención¹¹⁶². Por otra parte, se denuncia el retroceso en cuanto a los derechos al acceso a la salud de la población de la Amazonía a raíz del Reglamento e Instructivo de la Ley Amazónica.¹¹⁶³
453. En relación con la evaluación que realizó Colombia sobre el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, organizaciones de la sociedad civil informaron sobre las principales dificultades detectadas, entre ellas, limitaciones en las capacidades operativas y financieras de las entidades territoriales y la pobre coordinación entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales, así como la falta de claridad en las metas y ausencia de indicadores para hacer seguimiento¹¹⁶⁴
454. Organizaciones de la sociedad civil han expresado su preocupación por las consecuencias de una mirada biomédica estrecha o reduccionista de la salud y la enfermedad, considerándola un sesgo que tiene diversas implicancias en la salud de la población¹¹⁶⁵. Por un lado, la falta de una mirada holística de la salud puede conducir a un diagnóstico tardío y con peor pronóstico al descartar intervenciones no farmacológicas que pueden tener un impacto positivo en la salud, como las técnicas de regulación emocional, el ejercicio físico y el fortalecimiento de los lazos afectivos y comunitarios. Y por otro lado, una mirada reduccionista tiende a no considerar la importancia de los determinantes sociales y comerciales de la salud, los que tienen una gran importancia en la posibilidad de llevar una vida saludable, así como los impactos que la desigualdad y la discriminación generan en materia de acceso a la salud, al agua potable y a alimentos saludables.¹¹⁶⁶
455. En el contexto de la recolección de información sobre el abordaje de las ENT en la región, la Relatoría Especial ha recibido la denuncia de organizaciones de la sociedad civil del Perú en relación a la violación al derecho a la salud y el acceso a tratamiento que padecen las personas viviendo con enfermedades huérfanas en el Perú, lo cual afecta de manera particular a niños, niñas y adolescentes.¹¹⁶⁷ La Comisión y su REDESCA recuerda a los Estados que el derecho a la salud incluye la atención de salud oportuna y apropiada, así como los elementos esenciales e interrelacionados de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, bienes e instalaciones de salud, incluyendo los medicamentos y los beneficios del progreso científico en esta área, en condiciones de igualdad y no discriminación.¹¹⁶⁸

d. Otros desafíos

456. El gobierno argentino ha informado sobre los desafíos relacionados con la prevención del cáncer, entre los cuales señala: desarrollar campañas comunicacionales de amplio alcance poblacional acerca de la promoción y prevención del cáncer para la población en general; mejorar la cobertura de tamizaje de

¹¹⁶¹Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Alianza ENT Uruguay

¹¹⁶²Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Corporación Clínica Ambiental Ecuador

¹¹⁶³Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Corporación Clínica Ambiental Ecuador

¹¹⁶⁴Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023, FIAN Colombia, Red PaPaz,, Defjusticia, Colectivo de Abogadas y Abogados José Alvear Restrepo, Luis Fernando Gómez

¹¹⁶⁵Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Global InitiativeforEconomic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR)Global InitiativeforEconomic, Social and Cultural Rights (GI-ESCR)14 feb 2023

¹¹⁶⁶Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA FIC Argentina, FAGRAN, FUNDEPS, Consciente Colectivo, SANAR, Coalición Nacional para prevenir la obesidad en niños, niñas y adolescentes.

¹¹⁶⁷Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, enero 2023. Los pacientes sí importan, Perú.

¹¹⁶⁸CIDH. Resolución 1/2020Pandemia y Derechos Humanos en las Américas: 10 de abril de 2020

cáncer de mama y cervicouterino; generar estrategias que permitan conjugar la formación del recurso humano en la red pública, y su distribución a nivel regional para permitir un acceso oportuno y que no implique desplazamientos de las personas y sus familias; facilitar el acceso a la información epidemiológica de las personas con cáncer y sus familias así como crear estándares sobre dotación de equipamiento y recurso humano.¹¹⁶⁹

457. En cuanto al derecho a acceder a información, organizaciones de la sociedad civil de Uruguay han informado sobre la conveniencia de mejorar el sistema de transparencia de la información pública relativa a las ENT, mediante la disponibilidad de datos a partir de una política de datos abiertos, registro de reuniones con la industria o solicitudes y reclamos de la industria vinculadas a las políticas públicas de ENT así como continuar generando evidencia científica libre de conflictos de interés, apoyando con recursos a la Universidad de la República¹¹⁷⁰.

458. América Latina y el Caribe no sólo registra altos niveles de desigualdad, sino también el mayor costo de una dieta saludable, se estima que el 22,5% de la población de América Latina y el Caribe (ALC) no puede permitirse una dieta saludable¹¹⁷¹. La falta de acceso a una dieta saludable “afecta gravemente a la nutrición y la salud de las poblaciones más vulnerables, incluidos los niños, las niñas y las mujeres; está asociada con el hambre, el retraso del crecimiento en niños y niñas menores de cinco años y la anemia en mujeres de 15 a 49 años”¹¹⁷². La desnutrición infantil continúa siendo elevada en países como Guatemala y Perú, donde todavía existe una alta prevalencia de detención del crecimiento; el ciclo de pobreza, desnutrición, enfermedad y oportunidades limitadas se mantiene, a su vez, a lo largo de las generaciones¹¹⁷³.

459. Organizaciones de la sociedad civil han informado que la encuesta CARICOM/CDEMA/PMA/FAO de agosto de 2022 también reveló que el consumo de alimentos y las dietas se han deteriorado, ya que el 72% de las personas encuestadas admitió haberse saltado comidas o haber comido menos, haber ingerido alimentos menos preferidos o haber pasado un día entero sin comer en la semana anterior a la encuesta. Las y los hispanohablantes (en su mayoría emigrantes) que viven en Trinidad y Tobago, Guyana y Belice se encuentran entre los grupos más afectados¹¹⁷⁴. La Relatoría coincide con la OMS sobre la interrelación entre la pobreza y diversas enfermedades;¹¹⁷⁵ en este contexto, la OMS ha destacado la necesidad de mitigar la pobreza como problema conexas a las tasas de morbilidad y mortalidad de ENT¹¹⁷⁶. La REDESCA ha recibido información de organizaciones de la sociedad civil de México relativa a la población rural de menores ingresos, que comúnmente se ocupa en actividades agropecuarias, señalando que tiene un acceso limitado a dietas nutricionalmente adecuadas. Según datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, en 2016, el 7.6% de la población vivía en pobreza extrema, el 20.1% de la población aún presentaba carencias por acceso a la alimentación y el 17.5% pertenecía a hogares con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo, es decir, que incluso destinando todos sus ingresos a la compra de alimentos no podrían alcanzar una dieta

¹¹⁶⁹Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA, Ministerio de Salud a Oficio N° 56 Corr. Anual 5.981, de la División de Derechos Humanos del Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile.

¹¹⁷⁰Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas No Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA. Alianza ENT Uruguay

¹¹⁷¹FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. 2023. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es>

¹¹⁷²FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF. 2023. Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables. Santiago de Chile. <https://doi.org/10.4060/cc3859es>

¹¹⁷³OPS. *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. 2017, p.5 disponible en [9789275319055-spa.pdf \(paho.org\)](https://doi.org/10.4060/cc3859es)

¹¹⁷⁴Submission to the Special Rapporteur on Economic, Social, Cultural and Environmental Rights Inter-American Commission on Human Rights in response to Questionnaire - Chronic non-communicable diseases and human rights [January 29, 2023. Healthy Caribbean Coalition (HCC); Jamaica Youth Advocacy Network (JYAN); Heart Foundation of Jamaica (HFJ); Heart and Stroke Foundation of Barbados (HSFB); and the Law and Health Research Unit (LHRU), Faculty of Law, University of the West Indies Cave Hill Campus.

¹¹⁷⁵REDESCA-CIDH. *Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos*, 2019, párr. 336.

¹¹⁷⁶OMS. 61a Asamblea Mundial de la Salud, “Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial Informe de la Secretaría”, el 18 de abril de 2008, 6 y 7.

nutritiva¹¹⁷⁷.⁴⁶¹. Frente a este panorama la REDESCA destaca el diálogo mantenido y las contribuciones recibidas en ocasión de la elaboración de este informe temático de las organizaciones empresariales nucleadas en ALAIAB e ICBA, las cuales han expresado a la Relatoría Especial que comparten su preocupación frente a (i) el avance de las enfermedades no transmisibles en la región, y (ii) su impacto directo en el goce de los derechos humanos, afirmando su compromiso con la prevención de las ENT.¹¹⁷⁸ REDESCA valora estas expresiones y coincide en la importancia del sistema interamericano para favorecer diálogos que, basados en derechos, favorezcan la participación de todos los actores clave en la efectiva implementación de los estándares y recomendaciones del presente informe.

¹¹⁷⁷ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA*, El Poder del Consumidor AC, México

¹¹⁷⁸ *Respuesta a cuestionario sobre Enfermedades Crónicas no Transmisibles y derechos humanos, Informe enviado a la REDESCA* por Alianza Latinoamericana de Asociaciones de la Industria del Alimento y la Bebida (ALAIAB) y International Council of Beverage Association (ICBA)

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

459. Las ENT son un problema de gran envergadura que tiene impactos en los derechos humanos y la salud pública de la población de las Américas. Dados sus efectos adversos sobre los derechos humanos, los Estados están obligados a dar cumplimiento a sus obligaciones de respeto y garantía, contenidas en el artículo 1.1. de la CADH, en concordancia con la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno, contenida en el artículo 2 del mismo instrumento, con un enfoque de igualdad de género, interseccionalidad, indivisibilidad e interdependencia
460. Las obligaciones de respeto y garantía, así como la de adoptar disposiciones de derecho interno, son aplicables en el contexto de las actividades empresariales asociadas a factores de riesgo modificables de las ENT, como son los productos de tabaco, los comestibles y bebidas no saludables, y el alcohol, así como en relación con la prestación de servicios de salud de detección y tratamiento de ENT.
461. Dado que los Estados conocen o al menos deberían conocer los graves impactos que generan las ENT en los derechos humanos, tienen el deber de adoptar medidas dirigidas a su prevención, incluyendo frente a los factores de riesgo modificables asociados al desarrollo de estas enfermedades. Los Estados tienen el deber de obrar con la diligencia debida para prevenir la violación de derechos humanos, ya sea por entes estatales o por terceras personas, incluidas las empresas.
462. La obligación de garantía, en concordancia con la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno, exige de los Estados la adopción de normativas dirigidas a prevenir y abordar las ENT. Particularmente en el contexto de actividades empresariales asociadas a productos que se constituyen en factores de riesgo para el desarrollo de ENT, estas obligaciones se materializan a través del cumplimiento del deber de regulación de tales actividades empresariales. Igualmente, son pasibles de regulación las actividades de prestación de servicios de detección y tratamiento de ENT, tanto por parte de actores del sector privado, como del público.
463. Los deberes de supervisión y fiscalización de las actividades empresariales que tienen impactos negativos en los derechos humanos o los ponen en riesgo, resultan aplicables en cuanto al sector empresarial que manufactura y comercializa productos asociados al desarrollo de ENT. Igualmente, estos deberes son aplicables a la prestación de servicios de salud, sean estos proporcionados por actores del sector público o el privado.
464. Los Estados tienen el deber de exigir a los actores privados, incluidas las empresas, el respeto de los derechos humanos. Asimismo, los Estados deben establecer normativa obligatoria dirigida a exigir a las empresas la adopción de procesos de debida diligencia para identificar y prevenir posibles afectaciones a los derechos humanos, así como para mitigar los impactos negativos que se materialicen en relación con estos derechos.
465. Los procesos de debida diligencia deben ser exigibles a las empresas a lo largo de toda la cadena de producción de bienes relacionados con los factores de riesgo modificables de las ENT, así como en relación con la conducta que estos entes empresariales tienen en los procesos regulatorios y de adopción de política pública relacionados con sus operaciones e intereses.
466. En ese marco y sobre la base de la información y el análisis realizado a lo largo de este informe, la REDESCA reitera las recomendaciones hechas en el informe “Empresas y Derechos Humanos, estándares interamericanos” como principal antecedente de trabajo directamente relacionado con el presente. Asimismo, realiza las siguientes recomendaciones, a los Estados y a las empresas.

A. Recomendaciones para los Estados

1. Mejorar la ampliación de la capacidad de los sistemas de salud de combatir y tratar las ENT a través de la atención primaria de salud y la cobertura sanitaria universal, reconociendo que la pandemia de COVID-19 ha provocado la necesidad de mejorar el manejo de las ENT y fomentar

la resiliencia de los sistemas sanitarios y los servicios e infraestructuras de salud para tratar a las personas que viven con ENT, así como para prevenir y controlar sus factores de riesgo.

2. Garantizar el acceso a las intervenciones farmacoterapéuticas de prevención y tratamiento de las ENT, incluyendo tamizajes, vacunación y pruebas de prevención. Los Estados deben garantizar el acceso a cuidados paliativos. Se recomienda a los Estados la adhesión a las herramientas e iniciativas desarrolladas por la OMS y la OPS en la materia.
3. Revisar y adecuar el marco normativo interno aplicable al contexto de empresas y derechos humanos para el efectivo cumplimiento de las obligaciones de los Estados de respetar y garantizar los derechos humanos en relación con los temas abordados en el presente informe, así como para que las empresas respeten y rindan cuentas de sus actuaciones. Se recomienda elaborar estudios que identifiquen las normas de mayor relevancia en este ámbito y aquellas posibles lagunas normativas existentes para implementar estrategias de reforma normativa, teniendo en cuenta como parámetro principal los estándares desarrollados por la CIDH y la REDESCA en el Informe “Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos”.
4. Adoptar e implementar políticas públicas y marcos regulatorios claros para garantizar que la salud y los derechos humanos sean siempre la prioridad, aun cuando intervengan actores privados o empresas. Ello incluye adoptar normativas y mecanismos dirigidos a prevenir la influencia indebida de intereses contrarios a los derechos humanos, en los procesos de toma de decisiones, cumpliendo con el deber de prevenir cualquier influencia indebida de actores privados, incluidas las empresas, en la formulación de políticas públicas.
 5. Identificar los principales desafíos que enfrentan los mecanismos estatales de prevención, fiscalización, supervisión y monitoreo relacionados con el respeto de los derechos humanos en el marco de las actividades empresariales vinculadas a las ENT, incluyendo el ámbito extraterritorial, y efectuar planes y estrategias que incluyan un enfoque de derechos humanos para superarlos.
 6. Asegurar el cumplimiento del respeto a los derechos humanos por parte de las empresas de manera efectiva y vinculante. Las iniciativas voluntarias, así como las actividades de denominada responsabilidad social, no reemplazan las normas exigibles sobre responsabilidad jurídica de las empresas en este ámbito, y su existencia o uso no puede esgrimirse como argumento sobre una pretendida carencia de necesidad de normas vinculantes sobre la conducta empresarial, incluyendo su alcance transnacional. Los Estados deben establecer por ley el deber de las empresas, según su tamaño y los derechos y poblaciones involucradas, de informar públicamente sobre el impacto anual de sus operaciones en los derechos humanos, así como sus programas de debida diligencia en la materia para evitar abusos y violaciones a los derechos humanos.
 7. Adoptar medidas dirigidas a modificar los entornos para facilitar que las personas vivan de modo más saludable, lo que incluye promover aquellos determinantes positivos para la salud, así como desincentivar aquellos factores que contribuyen a que las personas se enfermen o estén en mayor riesgo de hacerlo, reconociendo con sus prácticas que el derecho a la salud abarca tanto la provisión de servicios, bienes y facilidades de acuerdo con los elementos de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, como el abordaje de los determinantes sociales, comerciales y ambientales de la salud.
8. Desincentivar los factores de riesgo modificables asociados al desarrollo de ENT, como el uso de tabaco, los productos comestibles y bebidas no saludables, el uso nocivo de alcohol, así como promover la actividad física, el consumo de alimentos saludables como frutas y verduras, el acceso a agua potable y a información en materia de salud, entre otros.
9. Tomar en cuenta las inequidades a que se enfrentan ciertos grupos o personas, tanto en relación con su exposición a los factores de riesgo de las ENT como en materia de acceso a servicios de salud, de modo que garanticen la igualdad sustantiva para estos grupos y eviten la profundización de las inequidades. Igualmente, dichas normativas y regulaciones deben garantizar la protección especial de ciertos grupos

o personas, como NNA y otros grupos tradicionalmente discriminados, que son frecuentemente quienes están más expuestos a los factores de riesgo de las ENT.

10. Asegurarse que las medidas adoptadas dirigidas a prevenir, tratar y controlar las ENT estén alineadas con la mejor evidencia científica disponible libre de conflictos de interés en la materia, sin que ello implique que en circunstancias en que la evidencia científica sobre la efectividad de una medida particular sea incipiente o todavía se esté desarrollando, los Estados puedan omitir su obligación de garantía y de adoptar medidas adecuadas para garantizar los derechos humanos.
 11. Abstenerse de difundir o basar sus decisiones regulatorias y de política pública en evidencia que no priorice la salud pública y los derechos humanos, o que esté sesgada por el interés privado de las personas o grupos regulados. Igualmente, deben adoptar medidas preventivas y regulatorias para evitar y abordar la difusión de información científica inexacta, tergiversada, o pseudociencia.
 12. Fortalecer la transparencia, así como la supervisión independiente de los procesos de toma de decisiones públicas, mejorando y fortaleciendo los sistemas de transparencia y mecanismos anticorrupción para evitar cualquier injerencia, amenaza o influencia indebida en la formulación, seguimiento y evaluación de normas y políticas relacionadas con la realización de los derechos humanos, incluidas las de orden tributario vinculadas a la prevención de ENT.
13. Tomar medidas claras y concretas para reducir y evitar la corrupción mediante el desvío de fondos públicos o la entrega de sumas de dinero para obtener beneficios privados. En ese marco, por ejemplo, los Estados deberían diseñar mecanismos que permitan conocer públicamente el objeto de la intervención de las empresas en estos procesos y dar la protección debida a las personas que realizan denuncias o investigaciones sobre este tipo de prácticas empresariales; elaborar mapas de riesgo en sectores y áreas sensibles a la corrupción y captura del Estado, así como registrar el tránsito de individuos entre el sector privado y posiciones públicas clave en portales de transparencia coadyuvan a reducir los riesgos asociados y dar alertas tempranas para evitar este tipo de prácticas. En este último caso, por ejemplo, es importante hacer la evaluación de aplicar períodos mínimos de espera o moratorias para transitar de determinados puestos públicos al sector empresarial.
14. Promover la convergencia de la academia, las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos, las organizaciones de la sociedad civil, del sector empresarial y todos los actores relevantes en los diálogos y las medidas tendentes a la prevención efectiva de las enfermedades no transmisibles. Al hacerlo, deben adoptarse mecanismos para abordar los desbalances de poder en la discusión de políticas públicas y normativas de todo tipo en el contexto de la prevención y la lucha contra las ENT, de modo que las personas que padecen ENT, grupos poblacionales históricamente discriminados como las mujeres, las personas pertenecientes a pueblos indígenas y tribales, afrodescendientes o campesinas, así como las personas en contextos de vulnerabilidad, como las que viven en situación de pobreza, puedan participar efectivamente de tales procesos de decisión.
15. Garantizar el acceso equitativo al agua potable, tomando en cuenta las necesidades y la opinión de las comunidades locales de manera prioritaria para la aprobación de permisos de explotación de los recursos acuíferos debe tomar en cuenta. Dado que el agua ha de ser tratada como un bien público por sí mismo y por su relación con la salud, debe darse la máxima prioridad al uso del agua para aquellas funciones que sustentan la vida y protegen la salud de las personas.
16. Tomar medidas para garantizar el acceso a agua potable en lugares frecuentados por grupos en situación de vulnerabilidad e históricamente discriminados, como es el caso de escuelas y otros espacios de garantía de los derechos de NNA, así como hospitales y otras instituciones de salud que frecuentan personas que viven con ENT o están en riesgo de padecerlas, oficinas públicas, penitenciarías y entidades estatales, y otros lugares de alta concurrencia como plazas comerciales, parques o estadios.
17. Abstenerse de actuar de forma tal que obstaculicen el acceso a una alimentación adecuada y sostenible, lo que incluye el deber de no promocionar ni incentivar la producción o el consumo de productos comestibles y bebidas de no saludables, que no reúnan las características requeridas para dar cumplimiento al derecho a la alimentación adecuada.

18. Tomar medidas para evitar que cualquier tercero, incluidas las empresas del sector de alimentos y bebidas, restrinja, limite u obstaculice el acceso a la alimentación adecuada y sostenible. La obligación de garantizar en relación con el derecho a la alimentación adecuada también requiere que los Estados tomen las medidas necesarias para reducir o eliminar los factores, condicionantes o determinantes, que impidan o restrinjan el acceso a una alimentación adecuada, así como promover aquellos que facilitan el acceso a alimentos en cantidad y calidad adecuada, además de culturalmente apropiados.
19. Asegurar que la población tenga acceso a la información relevante en materia de salud, lo que incluye la relativa al contenido nutricional en el caso de comestibles y bebidas, así como los impactos en otros determinantes de la salud y en los derechos humanos. Esta información debe ser presentada de manera clara, sencilla, fácil y rápida de comprender, según la mejor evidencia científica libre de conflictos de interés disponible respecto de la finalidad de salud pública perseguida.
20. Fortalecer la capacidad de vigilancia y seguimiento de las ENT, a fin de evaluar la efectividad e impactos de las políticas públicas implementadas, incluyendo datos útiles sobre mortalidad y exposición a factores de riesgo y morbilidad, así como atendiendo la correcta integración de estos datos en los sistemas nacionales de información sanitaria. Para ello, los Estados deben tomar en cuenta los indicadores del Protocolo de San Salvador que marcan estándares relevantes en relación con el derecho a la alimentación y las ENT, y con el derecho a la salud y las ENT.
21. Tomar medidas para desincentivar el uso y consumo de productos riesgosos para la salud, lo que incluye las dirigidas a reducir su atractivo, disponibilidad y asequibilidad. Lo anterior puede materializarse en intervenciones regulatorias diversas. No obstante, tomando en cuenta el contenido del derecho a la salud y otros relacionados, en relación con el derecho a beneficiarse del progreso científico, dichas elecciones regulatorias deben hacerse de conformidad con la mejor evidencia científica disponible y libre de conflictos de interés.
22. Utilizar las herramientas fiscales a su disposición, como los impuestos saludables y los subsidios a alimentos saludables, para modificar los factores de riesgo que generan las ENT, y de este modo facilitar que las personas gocen del máximo nivel posible de salud. Asimismo, los Estados deben evitar establecer u otorgar incentivos fiscales que promuevan la producción o el consumo de productos no saludables como parte del cumplimiento de su obligación de respeto a los derechos humanos.
23. Valorar la adopción de impuestos saludables sobre bienes que tienen impacto adverso sobre la salud y otros derechos humanos, con vistas a beneficiar de forma amplia a la sociedad, garantizar el derecho a la salud y otros derechos relacionados y disponer de recursos para promover entornos saludables y garantizar el derecho a la salud y sus determinantes sociales. Tales impuestos deben contar con sistemas de seguimiento periódico y estandarizado para captar los cambios en los niveles de tributación aplicados a los productos y facilitar la identificación de ajustes que sean necesarios para mantener y ampliar su efectividad.
24. Restringir la publicidad, la promoción y el patrocinio de productos relacionados con el desarrollo de ENT, particularmente, aunque no de manera exclusiva, con fines de evitar la exposición de NNA y protegerles de sus impactos perjudiciales, garantizando el interés superior de la infancia mediante medidas especiales de protección. Ello incluye medidas para reducir el impacto que tienen las prácticas de mercadotecnia en NNA y los entornos educativos, así como fortalecer los programas escolares de salud y nutrición para asegurar la existencia de escuelas que apoyen las intervenciones en materia de nutrición y cuyas políticas, plan de estudios, espacios y servicios estén concebidos para promover una alimentación saludable y apoyar una buena nutrición.
25. Adoptar medidas regulatorias para abordar las ENT como el etiquetado frontal de advertencia para comestibles y bebidas no saludables, tomando en cuenta que se trata de una medida de salud pública necesaria, no discriminatoria y probadamente efectiva para advertir a las personas sobre el contenido perjudicial de los productos.
26. Prestar especial atención al uso de medidas de Responsabilidad Social Empresarial por parte de las empresas que producen y comercializan productos no saludables, asegurándose que no sean usadas para promover el consumo de dichos productos de forma directa o indirecta, incluso a través de la

- promoción de sus marcas. Para ello, los Estados deben adoptar regulaciones que permitan prevenir y mitigar los impactos negativos de dichas actividades empresariales en los derechos humanos.
27. Tomar medidas para restringir la disponibilidad y la publicidad, promoción y patrocinio de productos cuyo uso y consumo es un factor de riesgo para el desarrollo de ENT, en especial en las instituciones de salud dando especial protección a las personas que reciben tratamientos de salud y que, por ello, se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad.
 28. Abordar las barreras estructurales que dificultan o impiden la lactancia materna, entre ellas las desigualdades de género, la regulación de las tareas de cuidado y normas laborales que permiten compatibilizar el trabajo y la maternidad, por ejemplo, mediante la adopción del Convenio sobre la Protección de la Maternidad (N°183) de la OIT y la aplicación de la recomendación N°191 que complementa dicho Convenio. En tal sentido, los Estados que aún no lo hayan hecho, se recomienda adoptar el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna y posteriores resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud. Asimismo, deben adoptar medidas regulatorias, de supervisión y de fiscalización, y particularmente asegurar el financiamiento y la sostenibilidad de las acciones propuesta por el Código.
 29. Ratificar, los Estados que aún no lo hayan hecho, el Convenio Marco para el Control de Tabaco de la OMS como una medida dirigida a garantizar el derecho a la salud y otros derechos humanos, sin perjuicio de su deber de aplicar medidas de control de tabaco independientemente de dicha ratificación. Asimismo, los Estados que ya son parte de dicho Convenio deben fortalecer la adopción, supervisión y fiscalización de medidas dirigidas a hacer efectivas sus disposiciones. Igualmente, cuando los Estados han decidido aprobar la entrada en el mercado o la comercialización de productos novedosos, como por ejemplo, los cigarrillos electrónicos (sistemas electrónicos de administración de nicotina [SEAN] y sistemas electrónicos sin nicotina [SESN]) y los productos de tabaco calentados (PTC), deben adoptar regulaciones concordantes con sus obligaciones de derechos humanos particularmente las derivadas del derecho a la salud y otros relacionados.
 30. Contar con políticas y planes integrales nacionales para reducir el consumo de alcohol, incluyendo las medidas regulatorias más costo eficientes, así como sanciones en caso de incumplimiento. Es recomendable que los Estados Miembros usen la iniciativa SAFER y las “mejores inversiones” para las ENT para implementar soluciones basadas en la evidencia y fortalecer sus políticas actuales; así mismo, deben implementar mecanismos de evaluación del cumplimiento y la efectividad de las regulaciones.
 31. Tener presente la interacción entre factores de riesgo de las ENT, así como la importancia de adoptar medidas que atiendan a múltiples factores de riesgo, como las políticas de control de tabaco que también buscan contribuir a la protección del medio ambiente, incluida la contaminación del aire, o la implementación de circuitos cortos para el aprovisionamiento de alimentos saludables producidos localmente, que además de promover la alimentación saludable, puede contribuir a la reducción de la contaminación ambiental.
 32. Adoptar políticas de contratación pública que apoyen la producción y el consumo de productos alimenticios saludables y sostenibles y locales, para garantizar el disfrute de un medio ambiente sin riesgos, limpio, saludable y sostenible.
 33. Realizar intervenciones para concientizar e incentivar el ejercicio físico regular, entre ellas campañas educativas, políticas de planeamiento urbano que faciliten a la población transportarse de forma más activa, sostenible y segura; promover políticas de cultura de paz y prevención de la violencia para aumentar la seguridad y mejorar la sensación de seguridad y alentar a la población a elegir medios de transporte y recreación más activos; así como ampliar las oportunidades de las y los estudiantes de practicar más actividades dentro la escuela y en el camino de regreso a su casa.

A. Recomendaciones para las empresas

466. Si bien las anteriores recomendaciones son dirigidas a los Estados miembros de la OEA en atención a sus obligaciones internacionales, la REDESCA recuerda que la implementación efectiva

de estas obligaciones genera efectos sobre las empresas, mismas que tienen la responsabilidad de respetar los derechos humanos. Por ello, las empresas cuyas actividades tienen impacto en el ámbito del presente informe, deben orientarse y guiar sus acciones y procesos por los estándares internacionales de derechos humanos aplicables, en especial por los estándares interamericanos en la materia. Esto significa que deben abstenerse de infringir, contribuir, facilitar, alentar o agravar violaciones de los derechos humanos y hacer frente a las consecuencias negativas sobre los derechos humanos en las que tengan alguna participación, sea mediante sus propias actividades, o a través de sus relaciones comerciales o estructura corporativa. Teniendo en cuenta lo anterior, y como parte de sus funciones de promoción y estímulo de los derechos humanos en el hemisferio, la REDESCA considera oportuno emitir algunas orientaciones a estos actores que, en lo pertinente, deben también considerarse por otros actores económicos, como las instituciones financieras internacionales, a efectos de dar mayor operatividad al análisis realizado en este informe. En particular recomienda:

1. Contar con políticas y procedimientos apropiados de debida diligencia en materia de derechos humanos dentro de sus operaciones, estructuras corporativas y cadenas de suministro, que incluya estándares de transparencia, buena fe y acceso a la información relevante para estos contextos, teniendo como pauta mínima los Principios Rectores y los estándares establecidos por el Sistema Interamericano en esta materia. En particular, cuando estén involucrados, deben generar debidas salvaguardias para respetar los derechos a la consulta y consentimiento libre previo e informado como a la libre determinación de los pueblos indígenas y tribales, así como el derecho a un medio ambiente sano. Deben poner en marcha procesos de debida diligencia a fin de determinar, prevenir, mitigar y dar cuenta de la manera en que abordan su impacto ambiental.
2. Adoptar normas para mejorar la calidad nutricional de los alimentos, así como cumplir cabalmente con las normas de etiquetado y otros mecanismos de provisión de información completa, clara y accesible sobre el contenido, características y consecuencias adversas del consumo de sus productos para que los consumidores tengan información nutricional suficiente sobre sus productos y puedan adoptar decisiones más responsables en materia de alimentación.
3. Crear y aplicar mecanismos de divulgación de los conflictos de interés en sus estructuras de gobernanza puede contribuir a fortalecer las medidas encaminadas a garantizar la transparencia del funcionamiento de la empresa.
4. Abstenerse de presionar o ejercer influencia indebida sobre los Estados para debilitar o dilatar la implementación de regulaciones sobre sus operaciones, u obtener beneficios que generen impactos negativos o riesgos para la realización de los derechos humanos.
5. Cumplir a cabalidad las regulaciones y las medidas adoptadas por los Estados en materia de prevención de las ENT y de salud pública.
6. Facilitar la rendición de cuentas y reparar a las víctimas de violaciones y abusos a los derechos humanos en las que estén involucradas, incluyendo aquellas de operaciones transnacionales, de acuerdo a su grado de responsabilidad y teniendo en cuenta los estándares mencionados en el Informe de Empresas y Derechos Humanos de la CIDH y la REDESCA.
7. Cumplir todas las leyes ambientales vigentes y formular claros compromisos en consonancia con su responsabilidad de respetar los derechos humanos mediante la protección del medio ambiente.

B. Recomendaciones a actores dentro de la OEA

467. Tomando en cuenta la relevancia de la temática abordada en el presente informe para la población de las Américas, la REDESCA ofrece una serie de recomendaciones a los actores dentro de la OEA y Del sistema interamericano. En particular, recomienda:

1. Incorporar los hallazgos y recomendaciones del presente informe en las evaluaciones periódicas del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador de la OEA, enriqueciendo en lo pertinente la aplicación de los indicadores relacionados con la temática.
2. Mantener sesiones y diálogos sobre el tema bajo auspicios de los órganos políticos de la OEA, como de la Organización Panamericana de la Salud, para, en colaboración con la REDESCA y otras partes interesadas, asegurar la implementación de los estándares y recomendaciones de este informe.
3. Divulgar ampliamente el presente informe y apoyar a la REDESCA en el desarrollo de una agenda de promoción e implementación de sus estándares y recomendaciones, con vistas a fomentar una cultura de salud pública y derechos humanos en las Américas.



Asamblea General

Distr. general
14 de julio de 2023
Español
Original: inglés

Septuagésimo octavo período de sesiones

Tema 73 b) del programa provisional*

**Promoción y protección de los derechos humanos:
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios
de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos y
las libertades fundamentales**

Alimentación, nutrición y el derecho a la salud

Nota del Secretario General

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, presentado de conformidad con la resolución del Consejo de Derechos Humanos [51/21](#).

* [A/78/150](#).



Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng

Resumen

En el presente informe, la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, se centra en la alimentación, la nutrición y el derecho a la salud. Analiza el acceso a la alimentación y la nutrición y los resultados clínicos y de salud relacionados, así como su reflejo en las asimetrías de poder y los marcos normativos y regulatorios.

Utilizando los marcos de interseccionalidad y contra la colonialidad y el racismo, así como las leyes y normas internacionales de derechos humanos existentes, la Relatora Especial examina cómo la falta de acceso a alimentos sanos y nutritivos repercute en el crecimiento, el desarrollo y la calidad de vida a lo largo de todo el ciclo vital. También señala cómo el aumento del consumo de alimentos y bebidas no saludables ha impulsado la carga que suponen las enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. Además, se centra en las buenas prácticas en diferentes partes del mundo y fomenta un enfoque integral de la tríada de la seguridad alimentaria, la nutrición y el derecho a la salud.

I. Introducción

1. La comida es una poderosa expresión de uno mismo y de la comunidad, y encarna valores culturales, políticos y económicos¹. A menudo es un “vehículo de transmisión de tradiciones e identidades culturales, especialmente cuando un grupo es marginado por motivos de raza, etnia, idioma o religión”², y también es un elemento fundamental de las estrategias políticas y económicas de los Estados, las empresas y los hogares³, intrínsecamente vinculado a las jerarquías sociales y las asimetrías de poder⁴.

2. Toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, que se hace extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, incluido un suministro adecuado de alimentos sanos y nutritivos (véase [E/C.12/2000/4](#), párrs. 4, 11 y 12). La inseguridad alimentaria, o la falta de acceso regular a alimentos suficientes, sanos y nutritivos para un crecimiento y desarrollo normales y una vida activa y sana⁵, afecta a más de 2400 millones de personas, 800 millones de las cuales padecen hambre⁶. Además, el aumento del consumo de alimentos y bebidas no saludables, con exceso de azúcar, sodio o grasas y a menudo sometidos a altos niveles de procesamiento, ha impulsado la carga que suponen las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (véase [A/HRC/26/31](#)), que hoy por hoy constituyen las principales causas de muerte en todo el mundo⁷.

3. Mientras que los países de ingresos más bajos se enfrentan a tasas más elevadas de hambre y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, las personas y comunidades más marginadas de todas las sociedades soportan la mayor carga de todas las formas de malnutrición, incluso en las naciones ricas. Las desigualdades reflejan patrones históricos y duraderos de discriminación y desempoderamiento por motivos de raza, etnia, clase, sexo y género, entre otros. Los Pueblos Indígenas, las mujeres, los niños y los lactantes se enfrentan a riesgos significativamente mayores de malnutrición y efectos en la salud relacionados⁸.

4. Las empresas con sede en países de ingresos más altos extraen valiosos recursos naturales para la producción de alimentos de los países de ingresos más bajos, a menudo desplazando a las poblaciones Indígenas y rurales de sus tierras y trastocando los medios tradicionales de producción de alimentos, con el fin de inundar sus mercados con alimentos y bebidas no saludables⁹. Tales prácticas constituyen una manifestación de neocolonialismo, racismo, aniquilación cultural y capitalismo extractivo.

5. El presente informe examinará cómo las desigualdades en alimentación, nutrición y resultados clínicos y de salud relacionados reflejan las asimetrías de poder en todos los niveles de la sociedad. Abordar estas desigualdades requiere un enfoque de la alimentación y la nutrición basado en los derechos, fundamentado en la igualdad sustantiva y centrado en las personas y comunidades históricamente marginadas. La

¹ Véase <http://public.wartburg.edu/mpsurc/images/wente.pdf>.

² Andrea D'Sylva y Brenda Beagan, “‘Food is culture, but it’s also power’: the role of food in ethnic and gender identity construction among Goan Canadian women”, *Journal of Gender Studies*, vol. 20, núm. 3 (2011), pág. 280.

³ Carole Counihan y Penny Van Esterik, “Introduction”, en *Food and Culture: A Reader*, Carole Counihan y Penny Van Esterik, eds. (Nueva York, Routledge, 1997), págs. 1 a 7.

⁴ *Ibid.*, pág. 3.

⁵ Véase www.fao.org/hunger/es/.

⁶ Véase www.un.org/sustainabledevelopment/es/hunger/.

⁷ Véase www.who.int/publications/i/item/9789240057661, pág. 8.

⁸ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition.

⁹ Disponible en www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_extractives.pdf.

Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, examina las obligaciones de los Estados relacionadas con la alimentación y la nutrición como algo derivado del derecho a la salud y los derechos conexos, identificando retos, oportunidades y buenas prácticas entre países y comunidades de todo el mundo.

II. Metodología

6. Basándose en la labor de informes anteriores ([A/HRC/48/28](#) y [A/77/197](#)), la Relatora Especial ha optado por centrar el presente informe, basado en el derecho y las normas internacionales de los derechos humanos y respaldado por bibliografía pertinente y las comunicaciones recibidas de diferentes partes interesadas y expertos, en la alimentación, la nutrición y el derecho a la salud. Para preparar el informe, hizo una convocatoria de aportaciones¹⁰, invitando a las partes interesadas a compartir sus experiencias vitales y sus conocimientos sobre las leyes, políticas y prácticas pertinentes, que pretendía reflejar en el informe, con especial atención a las personas y comunidades más vulnerables. La Relatora Especial agradece todas las contribuciones¹¹.

7. Antes de la publicación del informe, el titular del mandato emitió comunicaciones conjuntas relativas al derecho a la salud y los derechos conexos, especialmente en lo que respecta a las personas que viven en situaciones vulnerables. Por ejemplo, las comunicaciones abordaron la escasez de alimentos y agua entre los presos de Malawi y apoyaron el etiquetado de advertencia nutricional en la parte frontal de los envases en México como respuestas adecuadas y eficaces a la crisis actual de enfermedades no transmisibles¹².

III. Marco jurídico

8. El derecho a una alimentación adecuada es un derecho humano autónomo¹³. El acceso a la alimentación y la nutrición es crucial para el disfrute de derechos humanos como el derecho a la vida, a la salud, a una alimentación adecuada, a la no discriminación y a la igualdad (véase [E/C.12/2000/4](#), párr. 3). Es esencial para mejorar los resultados de salud y reducir las disparidades entre países. El derecho a la salud incluye el acceso a alimentos inocuos, nutrición y agua limpia (*ibid.*, párr. 11). Los Estados deben adoptar medidas para apoyar el desarrollo saludable de los niños, mejorar la higiene, garantizar una alimentación y nutrición suficientes, desalentar los comportamientos nocivos y otorgar prioridad a la prevención y el tratamiento de enfermedades. Hacer hincapié en las cuestiones de salud relacionadas con el comportamiento y promover los determinantes sociales de la buena salud son también medidas importantes que los Estados deben tener en cuenta (*ibid.*, párr. 16)¹⁴.

¹⁰ Véase www.ohchr.org/en/calls-for-input/2023/call-inputs-food-nutrition-and-right-health.

¹¹ La Relatora Especial también desea dar las gracias a los investigadores del tema.

¹² Véase <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=27699>.

¹³ Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25; y Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 11.

¹⁴ Véase también Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 12.

9. El acceso a alimentos sanos y nutritivos es parte integrante del derecho a una alimentación adecuada¹⁵. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales destaca la importancia de la idoneidad y la sostenibilidad en relación con el derecho a la alimentación (véase E/C.12/1999/5, párr. 7). Esto incluye la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, es decir, sin sustancias nocivas y aceptables para una cultura determinada (*ibid.*, párr. 8). Este derecho supone también la accesibilidad de los alimentos de formas sostenibles que no dificulten el goce de otros derechos humanos (*ibid.*). El Comité define las necesidades alimentarias en el sentido de que las dietas deben contener una combinación de nutrientes que favorezcan el crecimiento y el desarrollo físico y mental, y pone de relieve la necesidad de adoptar medidas para mantener, adaptar o fortalecer las pautas de alimentación y consumo adecuadas, incluida la lactancia materna (*ibid.*, párr. 9). La alimentación y la nutrición están ligadas a una serie de derechos relacionados con la salud, y en ocasiones su pleno ejercicio depende del acceso a una alimentación adecuada.

10. La Relatora Especial reconoce diversas iniciativas de la comunidad internacional en materia de alimentación y nutrición en los últimos años. Por ejemplo, las Naciones Unidas han declarado el periodo 2016–2025 el Decenio de Acción sobre la Nutrición. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible tiene como objetivo poner fin al hambre y la malnutrición y promover sistemas alimentarios sostenibles. La Relatora Especial también destaca el plan de acción mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (2013–2020), que la Asamblea Mundial de la Salud amplió hasta 2030, el Plan de Aplicación Integral sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño (2012) y el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

11. En el contexto de la alimentación y la nutrición, la obligación de respetar los derechos humanos exige que los Estados no adopten ninguna conducta que pueda dar lugar a una morbilidad o mortalidad prevenibles relacionadas con la dieta, como incentivar el consumo de alimentos y bebidas no saludables (véase E/C.12/2000/4, párrs. 34 y 50); y A/HRC/26/31)¹⁶.

12. La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros, incluidas las empresas, interfieran en el disfrute de los derechos humanos (véase E/C.12/2000/4, párr. 33). La “no regulación de las actividades de la industria de la alimentación y las bebidas para impedir que violen el derecho a la salud de los demás y proteger a los consumidores de prácticas perjudiciales para su salud puede constituir una violación del derecho a la salud” (*ibid.*, párr. 51)¹⁷. Los Estados deben enunciar claramente que se espera de todas las empresas domiciliadas en su territorio o jurisdicción que respeten los derechos humanos en todas sus actividades¹⁸. Todas las empresas, independientemente de su tamaño, sector, ubicación, propiedad y estructura, deben abstenerse de infringir los derechos humanos

¹⁵ Declaración Universal de Derechos Humanos, art. 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 11; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12 2); Convención sobre los Derechos del Niño, arts. 24 2) c) y e) y 27 3); y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, arts. 25 f) y 28 1).

¹⁶ Véase también www.ohchr.org/en/statements/2020/07/statement-un-special-rapporteur-right-health-adoption-front-package-warning.

¹⁷ Véase también www.ohchr.org/en/statements/2020/07/statement-un-special-rapporteur-right-health-adoption-front-package-warning.

¹⁸ Principios Rectores sobre las Empresas y los Derechos Humanos: Puesta en Práctica del Marco de las Naciones Unidas para “Proteger, Respetar y Remediar”.

y hacer frente a las consecuencias negativas sobre los derechos humanos a las que hayan contribuido¹⁹.

13. Según la obligación de cumplir, los Estados deben “reconocer suficientemente” al derecho a la salud, preferiblemente por medio de la legislación nacional, y velar por “el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos” (*ibid.*, párrs. 33 y 36). Los Estados deben “[apoyar] a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud” (*ibid.*, párr. 31)²⁰ y “procurar iniciar actividades con el fin de fortalecer el acceso y la utilización por parte de la población de los recursos y medios que aseguren sus medios de vida, incluida la seguridad alimentaria”²¹. Los Estados también deben hacer efectivos directamente los derechos a la salud y a la alimentación cuando las personas y las comunidades sean incapaces por razones que escapen a su control (*ibid.*, párr. 37); y E/C.12/1999/5, párr. 15). Esto puede consistir en la prestación de asistencia directa mediante cupones para alimentos u otros mecanismos a personas que viven en situaciones vulnerables (véase E/C.12/1999/5, párr. 15)²².

14. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prohíbe toda discriminación (véase E/1991/23, párr. 1; E/C.12/2000/4, párr. 11; y E/C.12/1999/5, párr. 18), en particular la relacionada con los factores determinantes básicos de la salud y específicamente el acceso a la alimentación, y a los medios y derechos para obtenerlos (véase E/C.12/1999/5, párr. 18), por diversos motivos, como la raza, la etnia, el color, el sexo, el idioma, la edad, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento, la discapacidad física o mental y el estado de salud (incluido el VIH/sida) (véase E/C.12/2000/4, párr. 18; y E/C.12/1999/5, párr. 18). Los Estados tienen algunas obligaciones mínimas que son de efecto inmediato, incluida la obligación de adoptar medidas deliberadas, concretas y selectivas para hacer efectivo el derecho a la salud (véase E/1991/23; y E/C.12/2000/4) y el derecho a la alimentación (véase E/C.12/1999/5), y utilizando “el máximo de los recursos de que dispongan” (véase E/1991/23, párr. 10). En virtud del derecho a la salud, entre las obligaciones básicas de los Estados figura la de asegurar “el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura y garantice que nadie padezca hambre” (véase E/C.12/2000/4, párr. 43 b)).

15. Además, los Estados deben proteger y promover la lactancia materna exclusiva para los lactantes de hasta seis meses de edad (véase CRC/C/GC/15, párr. 44)²³; hacer frente a la obesidad infantil limitando la exposición de los niños a la comida rápida altamente energética, pobre en micronutrientes y alto contenido en grasa, azúcar o sodio; regular la comercialización de dichos productos, especialmente cuando se dirige a los niños (*ibid.*, párr. 47); y garantizar que las empresas comerciales determinen, prevengan y mitiguen sus efectos negativos en el derecho del niño a la salud, en particular en el marco de sus relaciones comerciales y de todo tipo de operación de alcance mundial (*ibid.*, párr. 80). La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer obliga a los Estados a garantizar a las mujeres “una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”²⁴, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Véase también www.ohchr.org/en/statements/2020/07/statement-un-special-rapporteur-right-health-adoption-front-package-warning.

²¹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 12, párr. 15; véase también E/C.12/2000/4, párr. 37.

²² Véase también www.ohchr.org/es/publications/fact-sheets/fact-sheet-no-34-right-adequate-food.

²³ Véase también Convención sobre los Derechos del Niño, art. 24.

²⁴ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12 2).

exige a los Estados que impidan la denegación discriminatoria de alimentos sólidos y líquidos por motivos de discapacidad²⁵.

IV. Alimentación, nutrición e igualdad sustantiva en materia de salud

16. Hay que abordar las desigualdades sistémicas para hacer frente a la malnutrición y los problemas de salud relacionados. Los determinantes sociales de la salud, como la situación socioeconómica, la raza y el género, determinan los resultados y las disparidades de salud²⁶. Los más vulnerables pueden sufrir pobreza, tener acceso a menos oportunidades de empleo y educación y menos autonomía en lo que respecta a su dieta y su salud. A su vez, aquellos con un mayor control sobre su dieta y su salud podrían tener más oportunidades de asegurar sus medios de subsistencia²⁷. La inseguridad alimentaria y otras dificultades también provocan estrés, lo que puede promover mecanismos de afrontamiento poco saludables, como el abuso de sustancias y el consumo excesivo de alimentos y bebidas no saludables²⁸. Reconocer la intersección de los determinantes sociales de la salud y otros marcos pone de manifiesto las desigualdades sistémicas que rodean a la malnutrición y sus consecuencias.

17. Los determinantes de la salud políticos²⁹ determinan los resultados concretos en todo el mundo. Por ejemplo, la liberalización de las políticas comerciales ha desempeñado un papel fundamental en el aumento de la libre circulación de alimentos y bebidas no saludables entre países. A través de las inversiones extranjeras directas, las empresas multinacionales han adquirido e invertido en empresas de procesamiento de alimentos en países de ingresos más bajos para vender sus productos en los mercados internos evitando aranceles y costos de transporte (véase [A/HRC/26/31](#)). Los alimentos, en particular la distribución de la ayuda alimentaria y los insumos agrícolas, también se han utilizado como instrumento político (véase [E/CN.4/2006/44/Add.2](#), párr. 5; y [A/HRC/43/44/Add.2](#), párrs. 103 a 105).

18. Los determinantes comerciales de la salud, o “las actividades del sector privado que afectan a la salud de las personas, directa o indirectamente, de manera positiva o negativa”³⁰, también determinan los resultados de salud en todo el mundo. Además de su función en las tendencias de producción de alimentos antes mencionadas, las empresas multinacionales de la alimentación y las bebidas han aumentado constantemente sus ventas y su presencia en países de ingresos más bajos³¹. Las estrategias de marketing de las empresas de alimentos y bebidas no saludables se dirigen específicamente a países de ingresos más bajos, mientras que a menudo promueven productos más sanos en países más ricos³². Más alarmante es la

²⁵ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 25 f).

²⁶ Véase www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Ali Pourmotabbed y otros, “Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis”, *Public Health Nutrition*, vol. 23, núm. 10 (2020), págs. 1778 a 1790.

²⁹ Daniel Dawes, “Health inequities: a look at the political determinants of health during the COVID-19 pandemic”, *American Journal of Health Studies*, vol. 35, núm. 2 (2000).

³⁰ Véase www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health.

³¹ Rob Moodie y otros, “Ultra-processed profits: the political economy of countering the global spread of ultra-processed foods – a synthesis review on the market and political practices of transnational food corporations and strategic public health responses”, *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 10, núm. 12 (2021), págs. 968 a 982.

³² Marie Bragg y otros, “Comparison of online marketing techniques on food and beverage companies’ websites in six countries”, *Globalization and Health*, vol. 13, núm. 1 (2017).

desproporcionada atención a grupos que ya viven en situaciones vulnerables, incluidos los niños³³.

19. A pesar de la prohibición de la publicidad y otras formas de sucedáneos de la leche materna³⁴, algunas de estas tácticas de la industria consisten en prácticas de marketing que emplean el uso de declaraciones falsas sobre salud y nutrición y la promoción cruzada de leches y marcas relacionadas para lactantes, niños pequeños, niños mayores y adultos, así como prácticas de presión y el uso de asociaciones comerciales y grupos pantalla³⁵.

20. Los determinantes sociales, políticos y comerciales de la salud pueden influir en los hábitos alimenticios y reforzar las disparidades nutricionales y sanitarias. Han impulsado la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y bebidas no saludables, sobre todo aquellos sometidos a altos niveles de procesamiento, en el mercado mundial. Desde la década de 1980, los sistemas alimentarios tradicionales de África, Asia, América Latina, el Caribe y los pequeños Estados insulares, como los del Pacífico, se han visto desplazados por estos productos, comercializados en gran medida por compañías transnacionales³⁶. Están asociados a resultados adversos para la salud humana y planetaria³⁷, y sus procedimientos de fabricación conllevan prácticas medioambientales insostenibles que promueven la explotación de los recursos naturales, fomentan el monocultivo y el uso de plaguicidas y contribuyen al cambio climático y a las desigualdades sociales³⁸.

21. Los marcos jurídicos desempeñan un papel crucial en la configuración de los entornos regulatorios que sustentan la capacidad de las comunidades y las personas para obtener la igualdad de oportunidades en materia de alimentación y nutrición, así como en el logro de la igualdad sustantiva en la realización del derecho a la salud y los derechos conexos a nivel nacional, regional y global. Puede contribuir a la realización de estos derechos u obstaculizarla perpetuando las normas y prácticas discriminatorias existentes que alimentan las desigualdades³⁹. No obstante, cuando no existan estrategias o estas no tengan en cuenta las desigualdades sistémicas, el resultado es lo que los activistas han denominado “apartheid alimentario”⁴⁰, o condiciones desiguales e injustas para la alimentación y la nutrición, lo que puede

³³ Jennifer Harris y otros, “A qualitative assessment of US Black and Latino adolescents’ attitudes about targeted marketing of unhealthy food and beverages”, *Journal of Children and Media*, vol. 13, núm. 3 (2019), págs. 295 a 316.

³⁴ Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, art. 5.

³⁵ Véase www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2823%2900118-6.

³⁶ Julia Anaf, Fran Baum y Matt Fisher, “Global health and equity burden of commercial determinants of health”, en *The Commercial Determinants of Health*, Nason Maani, Mark Petticrew y Sandro Galea, eds., (Nueva York, Oxford Academic, 2022); Barry Popkin y Thomas Reardon, “Obesity and the food system transformation in Latin America”, *Obesity Reviews*, vol. 19, núm. 8 (2018); y Abrania Marrero y Josiemer Mattei, “Reclaiming traditional, plant-based, climate-resilient food systems in small islands”, *Lancet Planetary Health*, vol. 6, núm. 2 (2022), págs. e171–e179.

³⁷ Fernanda Leite y otros, “Ultra-processed foods should be central to global food systems dialogue and action on biodiversity”, *BMJ Global Health*, vol. 7, art. e008269.

³⁸ Jacqueline Da Silva y otros, “Greenhouse gas emissions, water footprint, and ecological footprint of food purchases according to their degree of processing in Brazilian metropolitan areas: a time-series study from 1987 to 2018”, *The Lancet Planetary Health*, vol. 5, núm. 11 (2021), págs. e775–e785.

³⁹ Lawrence Gostin y otros, “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 383, núm. 10183 (2019), págs 1859 a 1910.

⁴⁰ Véase www.theguardian.com/environment/2021/may/25/karen-washington-garden-of-happiness-us-food-system.

llevar a determinadas personas y comunidades a depender de alimentos y bebidas no saludables cada vez más omnipresentes para satisfacer sus necesidades básicas.

V. Los sistemas y entornos alimentarios como impulsores de la salud

22. Los sistemas alimentarios abarcan toda la gama de agentes, instituciones y actividades que intervienen en la producción, agregación, procesamiento, distribución, consumo y eliminación de alimentos⁴¹. Todos los aspectos del sistema alimentario conforman los entornos alimentarios en los que se encuentran en última instancia las personas y las comunidades, determinando la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de alimentos diversos y nutritivos⁴².

23. La globalización ha aumentado la complejidad de los sistemas alimentarios de la granja a la mesa, con repercusiones en la nutrición y la salud. Las tendencias hacia la producción monocultural de alimentos a escala industrial han permitido que un puñado de cultivos (como el aceite de palma, la caña de azúcar, el maíz, el arroz y el trigo) representen más de la mitad de toda la producción mundial de cultivos, restando prioridad a los cultivos con un mayor valor nutricional y una mayor importancia económica para los pequeños agricultores⁴³. A medida que se dedican más recursos al monocultivo a escala industrial y a los cultivos de productos básicos⁴⁴, algunos países dependen cada vez más de las importaciones para obtener alimentos sanos⁴⁵.

24. A medida que las cadenas alimentarias se alargan, el almacenamiento y la distribución de alimentos se vuelven más difíciles, especialmente en entornos de bajos recursos, lo que en ocasiones afecta a la calidad, la seguridad y el coste de alimentos perecederos como frutas, verduras, carne, pescado, huevos y productos lácteos⁴⁶. Simultáneamente, el procesamiento de alimentos se ha convertido en práctica dominante y, aunque prolonga la vida útil de los alimentos, también ha suscitado serias preocupaciones sanitarias, sobre todo en el caso de los productos ultraprocesados⁴⁷. Los investigadores han aportado un mayor entendimiento de la naturaleza adictiva de los productos ultraprocesados⁴⁸.

25. Los procesos empleados para fabricar productos ultraprocesados incluyen la adición de ingredientes de bajo costo, como variedades de azúcares, aceites modificados, fuentes de proteínas y aditivos que rara vez o nunca se utilizan en las prácticas culinarias típicas y que están diseñados para conferir a los productos unas propiedades sensoriales intensas (es decir, atractivas a la vista, el gusto, el olfato o el tacto) que los hagan muy apetecibles y rentables⁴⁹.

26. Los alimentos entran en los mercados minoristas, configurando los entornos en los que las personas toman decisiones sobre la adquisición, la preparación y el

⁴¹ Véase www.unicef.org/reports/state-of-food-security-and-nutrition-2020.

⁴² Véase www.fao.org/3/i7846e/i7846e.pdf.

⁴³ Véase www.unicef.org/reports/state-of-food-security-and-nutrition-2020.

⁴⁴ Véase www.unep.org/es/noticias-y-reportajes/reportajes/10-cosas-que-debes-saber-sobre-la-agricultura-industrial.

⁴⁵ Véase www.fao.org/3/cc0639es/cc0639es.pdf.

⁴⁶ Véase www.fao.org/3/cb1329en/cb1329en.pdf.

⁴⁷ Véase www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf.

⁴⁸ Ashley Gearhardt y Johannes Hebebrand, “The concept of ‘food addiction’ helps inform the understanding of overeating and obesity: YES”, *The American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 113, núm. 2 (2021), págs. 263 a 267; y Barry Popkin y Shu Wen Ng, “The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable”, *Obesity Reviews*, vol. 23, núm. 1 (2022), art. e13366.

⁴⁹ Véase www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf.

consumo de alimentos. Las empresas han estimulado una demanda cada vez mayor de productos ultraprocesados a través de publicidad, promociones y otras estrategias de marketing que se dirigen de manera desproporcionada a niños, minorías étnicas y personas de entornos socialmente desfavorecidos⁵⁰. Por ejemplo, entre 2000 y 2013, el consumo de productos ultraprocesados en América Latina aumentó más del 25 % y el de comida rápida, el 40 %⁵¹. En algunas partes de África también se observaron tendencias similares⁵².

27. El crecimiento exponencial de los supermercados y las cadenas de comida rápida está desplazando a pequeños mercados informales de alimentos frescos que venden productos de origen local. Entre 1990 y 2000, la proporción que representaban los supermercados en todas las ventas minoristas de alimentos en América Latina aumentó del 15 % al 60 % y se produjeron transiciones similares en Asia, partes de Europa, Oriente Medio y zonas urbanas de África⁵³. Este cambio en los entornos alimentarios favorece a los proveedores a mayor escala, a menudo multinacionales, que pueden satisfacer las necesidades y requisitos de los supermercados, frente a aquellos a menor escala, lo que refuerza los desequilibrios de poder en todo el sistema alimentario.

28. Ciertas comunidades desfavorecidas están experimentando un paso de dietas tradicionales más sanas a otras cada vez más compuestas por alimentos y bebidas no saludables, a menudo ultraprocesados⁵⁴, al tiempo que siguen enfrentándose a altas tasas de hambre e inseguridad alimentaria. Hasta cierto punto, esta transición nutricional ha reproducido las estructuras y relaciones de poder coloniales, puesto que las dietas y culturas alimentarias tradicionales han sido suplantadas por dietas condicionadas en gran medida por empresas con sede en países históricamente poderosos y ricos⁵⁵.

29. La malnutrición se manifiesta de diversas formas, entre ellas la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta. Alrededor del 45 % de las muertes de niños menores de 5 años están relacionadas con la desnutrición, sobre todo en países de ingresos bajos y medianos. Se calcula que en 2020, 149 millones de niños menores de 5 años sufrirán retraso en el crecimiento (demasiado bajos para su edad) y 45 millones padecerán emaciación (demasiado delgados para su estatura)⁵⁶. Las carencias de micronutrientes también siguen siendo un grave problema mundial, sobre todo para los niños, las personas embarazadas y otros grupos con mayores necesidades de nutrientes⁵⁷.

30. El aumento del consumo de alimentos y bebidas no saludables con exceso de azúcar, sodio o grasas y a menudo ultraprocesados se asocia con la principal causa de muerte en el mundo, a saber, el aumento de las tasas de las enfermedades no transmisibles, que en última instancia provocan unas tasas más elevadas de

⁵⁰ Barry Popkin y Shu Wen Ng, “The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable”.

⁵¹ Véase https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7699/9789275118641_eng.pdf.

⁵² Véase www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211912420301206.

⁵³ Barry Popkin y otros, “Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries”, *Nutrition Reviews*, vol. 70, núm. 1 (2012), págs. 3 a 21.

⁵⁴ Barry Popkin y Shu Wen Ng, “The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable”.

⁵⁵ Permani Weerasekera y otros, “Nutrition transition and traditional food cultural changes in Sri Lanka during colonization and post-colonization”, *Foods*, vol. 7, núm. 7 (2018), pág. 111.

⁵⁶ Véase <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

⁵⁷ Véase <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-WFP-UNICEF-statement-micronutrients-deficiencies-emergency>.

enfermedad y muerte⁵⁸. La sobrenutrición, antes considerada un problema de los países de ingresos más altos, se vincula ahora con más muertes que la desnutrición en casi todo el mundo⁵⁹.

31. La producción global de alimentos ha aumentado un 300 % desde mediados de los 60, pero este crecimiento refleja en gran medida el aumento de la producción de productos procesados y ultraprocesados asociados a enfermedades no transmisibles⁶⁰. El resultado es una doble carga de la malnutrición por la que tanto la desnutrición como la sobrenutrición existen en países, comunidades y familias, e incluso en un mismo individuo a lo largo de su vida⁶¹. Esta doble carga de la malnutrición está muy extendida en más de un tercio de los países de ingresos bajos y medianos, lo que frena los avances en la lucha contra la malnutrición e impide el desarrollo económico⁶². A nivel individual, entran en juego complejos factores biológicos cuando un individuo está expuesto a la desnutrición prenatal o en la primera infancia⁶³ y posteriormente se somete a dietas no saludables, lo que provoca un fuerte aumento de la obesidad infantil y en adultos⁶⁴.

VI. Alimentación, nutrición y enfermedades infecciosas

A. El ciclo de infección y malnutrición

32. El disfrute del derecho a la salud se ve afectado por una relación sinérgica entre alimentación, nutrición y enfermedades infecciosas. La malnutrición es una de las principales causas de la inmunodeficiencia y hace a los individuos más susceptibles a las infecciones, lo que a su vez puede contribuir a la malnutrición, dando lugar a un círculo vicioso de mala salud (véase [A/71/282](#))⁶⁵. La enfermedad por coronavirus (COVID-19) aumentó la comprensión mundial de cómo la malnutrición, incluida tanto la desnutrición por un lado como el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta por otro, puede aumentar la gravedad de una enfermedad infecciosa⁶⁶ y cómo las pandemias pueden a su vez aumentar la carga de la malnutrición⁶⁷.

33. La malnutrición altera las respuestas inmunitarias del organismo, que pueden proteger contra la proliferación viral, especialmente en lactantes, niños, adolescentes y poblaciones de adultos mayores⁶⁸. Dos mil millones de personas experimentan

⁵⁸ Global Burden of Metabolic Risk Factors for Chronic Diseases Collaboration, “Cardiovascular disease, chronic kidney disease, and diabetes mortality burden of cardiometabolic risk factors from 1980 to 2010: a comparative risk assessment”, *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, vol. 2, núm. 8 (2014), págs. 634 a 647.

⁵⁹ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

⁶⁰ Véase www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2021-07-12/statement-the-secretary-general-the-food-systems-summit.

⁶¹ Véase www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.3.

⁶² Paraskevi Seferidi y otros, “Global inequalities in the double burden of malnutrition and associations with globalisation: a multilevel analysis of Demographic and Health Surveys from 55 low-income and middle-income countries, 1992–2018”, *The Lancet Global Health*, vol. 10, núm. 4 (2022), págs. e482–e490.

⁶³ Véase www.unicef.org/reports/undernourished-overlooked-nutrition-crisis.

⁶⁴ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

⁶⁵ Véase también www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition.

⁶⁶ Véase www.fao.org/3/ng808en/ng808en.pdf, pág. 13.

⁶⁷ Sudipta Hyder y otros, “Pestilence and famine: continuing down the vicious cycle with COVID-19”, *PLOS Pathogens*, vol. 18, núm. 10 (2022), pág. e1010810.

⁶⁸ Ashmika Foolchand y otros, “Malnutrition and dietary habits alter the immune system which may consequently influence SARS-CoV-2 virulence: a review”, *International Journal of Molecular Sciences*, vol. 23, núm. 5 (2022), pág. 2654.

carencias de micronutrientes, entre ellos las vitaminas A, C y E y los minerales zinc, hierro y yodo, que merman la capacidad del organismo para formar anticuerpos y desarrollar un sistema inmunitario fuerte⁶⁹. Las carencias nutricionales durante el embarazo están asociadas a unas respuestas inmunitarias deficientes frente a las infecciones en los lactantes. Se reconoce que la lactancia materna proporciona una “nutrición óptima” capaz de reducir las enfermedades infecciosas entre los lactantes (*ibid.*)⁷⁰. Los niños malnutridos tienen más probabilidades de morir de infecciones infantiles comunes como neumonía, malaria, sarampión y diarrea⁷¹.

34. A su vez, la infección puede agravar el estado nutricional de una persona debido a la diarrea, la pérdida de apetito, la mala absorción de nutrientes y el desvío de nutrientes a la respuesta inmunitaria, lo que agrava la malnutrición⁷². Por ejemplo, las infecciones parasitarias intestinales, que afectan a 3500 millones de personas y matan cada año a 200 000 niños, en su mayoría en edad escolar, pueden tanto provocar malnutrición como agravarse por la malnutrición coexistente o las carencias de micronutrientes⁷³.

35. Además, una dieta nutritiva puede ayudar a las personas que viven con el VIH, la tuberculosis o la malaria, por ejemplo, a controlar los síntomas y maximizar los beneficios de la medicación, optimizando la salud y la supervivencia y mejorando la calidad de vida⁷⁴. Así pues, es fundamental que los sistemas sanitarios incorporen servicios nutricionales a los programas de tratamiento de enfermedades infecciosas.

B. Inocuidad de los alimentos

36. Los alimentos también pueden contaminarse con agentes infecciosos o tóxicos (por ejemplo, bacterias, virus, parásitos y sustancias químicas) durante su procesamiento y manipulación, en especial cuando no existe una inspección reglamentaria⁷⁵. Alrededor de 600 millones de personas, es decir, 1 de cada 10 individuos, enferman cada año por ingerir alimentos contaminados, lo que supone la pérdida de 420 000 vidas y 33 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad⁷⁶. En 2019, el Banco Mundial estimó que la pérdida total de productividad asociada a las enfermedades de transmisión alimentaria era de 95 200 millones de dólares al año y que el coste anual del tratamiento de las enfermedades de transmisión alimentaria era de 15 000 millones de dólares⁷⁷.

37. Sin embargo, desde el punto de vista normativo, la inocuidad de los alimentos y la nutrición rara vez están integradas, y las políticas están destinadas a la inocuidad o a la nutrición, pero no a ambas⁷⁸. En todos los niveles de gobernanza, estas políticas deben entenderse como un refuerzo mutuo, haciéndose eco de un enfoque basado en

⁶⁹ Peter Katona y Judit Katona-Apte, “The interaction between nutrition and infection”, *Clinical Infectious Diseases*, vol. 46, núm. 10 (2008), págs. 1582 a 1588.

⁷⁰ Véase también www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2823%2900118-6.

⁷¹ Véase www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/levels-and-trends-in-child-under-5-mortality-in-2020#:~:text=Globally%2C%20infectious%20diseases%2C%20including%20pneumonia,for%20children%20under%205%20years.

⁷² Véase www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304206.

⁷³ Sunil Tulshiram Hajare y otros, “Prevalence of intestinal parasite infections and their associated factors among food handlers working in selected catering establishments from Bule Hora, Ethiopia”, *BioMed Research International*, vol. 2021, art. 6669742 (2021).

⁷⁴ Véase www.fao.org/3/y4168E/y4168e04.htm.

⁷⁵ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/food-safety.

⁷⁶ *Ibid.*

⁷⁷ Véase <http://hdl.handle.net/10986/30568>.

⁷⁸ Véase www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211912421001012.

los derechos humanos que incluya tanto consideraciones de inocuidad de los alimentos como de nutrición.

VII. Alimentación, nutrición y enfermedades no transmisibles

38. El aumento del consumo de alimentos ultraprocesados, a menudo cargados de azúcar, sodio o grasas, puede provocar hipertensión arterial, glucemia y obesidad, todos ellos factores metabólicos de riesgo de enfermedad cardiovascular⁷⁹. Las dietas altas en sodio y bajas en cereales integrales, verduras y frutas contribuyen aproximadamente a la mitad de todas las mortalidades y a dos tercios de los años de vida ajustados en función de la discapacidad relacionados con la dieta⁸⁰. En 2019, por ejemplo, aproximadamente 1,8 millones de muertes relacionadas con enfermedades no transmisibles se atribuyeron a una ingesta excesiva de sodio⁸¹.

39. Las enfermedades no transmisibles plantean enormes problemas de derechos humanos a las personas y las familias, desde dificultades económicas debidas a los costes de tratamiento y atención hasta la pérdida de productividad que pone en peligro los ingresos de los hogares⁸². Además, las crecientes tasas de las enfermedades no transmisibles amenazan el desarrollo económico a nivel estatal, lo que obliga a los gobiernos a destinar gran parte del gasto en atención sanitaria a su tratamiento⁸³. La salud maternoinfantil también está inextricablemente vinculada a las enfermedades no transmisibles, puesto que la malnutrición prenatal está asociada a la muerte prenatal, los partos prematuros y la diabetes gestacional, y está relacionada además con la vulnerabilidad de la descendencia a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes (véase A/66/83, párr. 31). Las enfermedades no transmisibles también pueden interferir en el tratamiento y el control eficaces de otros problemas de salud, como el VIH y la tuberculosis⁸⁴.

40. La Relatora Especial se hace eco de la consideración del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial de que no se ha prestado suficiente atención en el ámbito de la salud pública al modo en que las enfermedades no transmisibles están relacionadas únicamente con la discriminación racial⁸⁵. También es fundamental una perspectiva de género para comprender los efectos de las enfermedades no transmisibles, ya que los roles de género y la marginación social pueden afectar al riesgo de padecer dichas enfermedades, a la viabilidad de las estrategias de modificación del comportamiento y al éxito de las intervenciones⁸⁶. Puesto que la mayoría de los estudios sobre enfermedades no transmisibles se han centrado en los hombres, es menos probable que a las mujeres que se les diagnostique una enfermedad de este tipo en una fase temprana⁸⁷. Además, las mujeres son a menudo las únicas cuidadoras de las personas aquejadas de enfermedades no transmisibles, una función que no suele estar remunerada y puede requerir su salida de la población activa, provocando su empobrecimiento⁸⁸. Asimismo, ya que los motivos de discriminación

⁷⁹ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

⁸⁰ Global Diet Collaborators, “Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017”, *The Lancet*, vol. 393, núm. 10184 (2019), págs. 1958 a 1972.

⁸¹ Véase www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

⁸² Véase www.who.int/publications/i/item/9789240057661, pág. 17.

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ Véase www.who.int/publications/i/item/9789240057661, pág. 12.

⁸⁵ Véase www.ohchr.org/es/documents/general-comments-and-recommendations/first-draft-general-recommendation-no-37-2023-racial.

⁸⁶ Véase www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-Factsheet-Gender-English.pdf.

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Ibid.*

a menudo se entrecruzan, como ocurre con la raza, la etnia, el origen nacional, el género, la edad, la discapacidad, la situación migratoria, la clase, la condición social o los ingresos, una persona puede experimentar múltiples aunque inseparables obstáculos a la salud y la nutrición y enfrentarse a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta⁸⁹.

41. Dado que las enfermedades no transmisibles provocan una morbilidad y una mortalidad prevenibles con implicaciones tangibles para los derechos humanos, el derecho internacional de los derechos humanos exige que los Estados hagan frente a los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, incluidas las dietas poco saludables. El hecho de que los Estados no lo hagan puede suponer violaciones del derecho a la salud y de los derechos conexos (véase [A/HRC/26/31](#)).

A. Alimentación y nutrición en entornos clínicos

42. Las personas no son intrínsecamente vulnerables⁹⁰: hay disparidades sanitarias raciales y socioeconómicas que parecen neutras, pero que perjudican desproporcionadamente a las personas en múltiples ejes de opresión. Se entiende por teoría de la opresión alimentaria el conjunto de acciones o políticas institucionales, sistémicas y relacionadas con la alimentación que debilitan físicamente a un grupo socialmente marginado cuyos efectos conducen a vacíos alimentarios, que también aumentan la vulnerabilidad de los grupos limitando sus voces políticas, reduciendo su capacidad de trabajo y agotando la energía de los miembros del hogar y la comunidad que deben cuidar a los enfermos y asumir las responsabilidades que los miembros enfermos no pueden cumplir. La opresión alimentaria reduce en número y poder a las poblaciones que ya se encuentran en situaciones vulnerables. Las enfermedades derivadas de la opresión alimentaria también conducen a la invisibilidad social, la disminución de la condición social, la depresión y la desesperación⁹¹; la tuberculosis activa afecta a las personas malnutridas; y el tratamiento del cáncer, el VIH y la diabetes requieren acceso a alimentos nutritivos y adecuados. El vacío alimentario implica que los pacientes que no pueden permitirse tres comidas al día o un tentempié con el que tomar su medicación corren el riesgo de ser etiquetados como no adherentes en los centros de atención sanitaria.

43. La Relatora Especial, en el contexto de la salud, identificó a las personas y comunidades que viven en situaciones vulnerables como “incluidas las personas que viven en la pobreza”; las mujeres; los Pueblos Indígenas; las personas con discapacidad; las personas mayores; las minorías; los desplazados internos; las personas en entornos hacinados y en instituciones residenciales; las personas en privación de libertad; las personas sin hogar; los migrantes y refugiados; las personas que consumen drogas; y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero y de género diverso” (véase [A/HRC/47/28](#), párr. 103). Muchas de estas personas y comunidades también están desatendidas en los sistemas alimentarios y sanitarios actuales, en los que “las asimetrías de poder también dominan [...] tanto dentro de los países como entre ellos” (véase [A/77/197](#)). Así pues, es fundamental adoptar una perspectiva interseccional para comprender y abordar los efectos combinados de los

⁸⁹ Véase www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/minorities/30th-anniversary/2022-09-22/GuidanceNoteonIntersectionality.pdf.

⁹⁰ Véase <https://genevasolutions.news/global-health/dr-tlaleng-mofokeng-promoting-the-right-to-health-in-the-wake-of-covid-19>. La Relatora Especial también pronunció un discurso sobre la gobernanza alimentaria en 2021, véase www.sydney.edu.au/charles-perkins-centre/news-and-events/news/2021/12/10/global-health-leaders-to-address-drivers-of-unhealthy-food-system.html.

⁹¹ Andrea Freeman, “The unbearable whiteness of milk: food oppression and the USDA”, *UC Irvine Law Review*, vol. 3 (2013), pág. 1251.

sistemas alimentarios en las personas y comunidades que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad y opresión.

44. La detección de la inseguridad alimentaria entre pacientes ayuda a los profesionales sanitarios a mejorar la atención a los pacientes y a desarrollar enfoques para ayudarles a gestionar bien sus dolencias. La detección de la inseguridad alimentaria en los centros de atención sanitaria goza de gran aceptación entre los pacientes. Aproximadamente el 84 % de los pacientes manifestaron un alto grado de aceptación de la detección de la inseguridad alimentaria y declararon que era valiosa en el ámbito de la atención primaria⁹².

45. Los adultos mayores que sufren inseguridad alimentaria tienen más probabilidades de padecer múltiples afecciones crónicas, como asma, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dolor crónico, diabetes, enfermedades renales y trastornos del sueño, que sus homólogos con seguridad alimentaria⁹³ y las mujeres mayores corren un mayor riesgo de padecer osteoporosis. La inseguridad alimentaria se ha asociado con el retraso de la atención médica, la toma oportuna y adecuada de medicamentos y unos mayores niveles de uso de servicios como las visitas a urgencias y las hospitalizaciones.

46. Diversos estudios han demostrado que el consumo de antioxidantes en la dieta, como los carotenos, el ácido ascórbico y la vitamina D, podría ofrecer protección frente a la inflamación⁹⁴ y los trastornos multifactoriales que afectan a la salud uterina y ovárica en personas en edad reproductiva, caracterizados a menudo por disfunción ovulatoria, alteraciones de la menstruación, quistes ováricos y endometriosis, entre otras cosas.

47. Un acceso deficiente a la gestión de las hemorragias menstruales anormales y los trastornos relacionados con la menstruación, como los fibromas y la endometriosis, puede provocar una carencia de hierro a largo plazo y una posterior anemia, lo que puede causar letargo, dolores de cabeza, mareos, antojo de hielo o arcilla y latidos irregulares del corazón⁹⁵, afectando directamente a la calidad de vida general.

48. La exclusión forzada de la vida pública derivada de la percepción de que la menstruación es algo sucio puede incluir prohibiciones como la de manipular alimentos o acceder a espacios religiosos o la exigencia de que las mujeres y las niñas se aislen. Esto conduce a un aislamiento autoimpuesto debido a años de condicionamiento social y vergüenza proyectada sobre ellas⁹⁶, lo que afecta a la salud mental y física.

49. Las dietas subóptimas que provocan carencias de ácido fólico, vitamina D y hierro y un aumento del peso de la madre durante el período previo a la concepción y el embarazo pueden aumentar el riesgo de complicaciones en el embarazo y de enfermedades no transmisibles en las personas embarazadas y sus hijos⁹⁷. En

⁹² Anil Kopparapu y otros, "Food insecurity in primary care: patient perception and preferences", *Family Medicine*, vol. 52, núm. 3 (2020), págs. 202 a 205.

⁹³ Yangbo Sun y otros, "Food insecurity is associated with cardiovascular and all-cause mortality among adults in the United States", *Journal of the American Heart Association*, vol. 9, núm. 19 (2020), art. e014629.

⁹⁴ Michał Ciebiera y otros, "Nutrition in gynecological diseases: current perspectives", *Nutrients*, vol. 13, núm. 4 (2021), pág. 1178.

⁹⁵ Véase www.hematology.org/education/patients/anemia/iron-deficiency.

⁹⁶ Véase www.unfpa.org/es/menstruacion-preguntas-frecuentes.

⁹⁷ Fionnuala McAuliffe y otros, "Management of prepregnancy, pregnancy, and postpartum obesity from the FIGO Pregnancy and Non-Communicable Diseases Committee: a FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) guideline", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 151, supl. 1 (2020), págs. 16 a 36.

situaciones de crisis, el Fondo de Población de las Naciones Unidas suele suministrar hierro y ácido fólico, vitamina A y otros suplementos para garantizar una buena nutrición de las madres lactantes y sus bebés.

50. El derecho a la no discriminación exige que los trabajadores sanitarios presten especial atención a las prácticas clínicas, los estigmas y la falta de educación sobre cómo apoyar la necesidad de seguridad alimentaria y nutrición a lo largo del ciclo vital. Lo anterior está en consonancia con los derechos que incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud (es decir, la atención sanitaria y los determinantes sociales subyacentes de la salud), que proporciona igualdad de oportunidades para que las personas disfruten del grado máximo de salud que se pueda lograr.

51. Las instalaciones y centros sanitarios deben operar con otros sistemas sociales y poner en contacto a los pacientes con programas y recursos que promuevan el acceso a los alimentos, los bancos de alimentos y la asistencia financiera como mecanismo para ayudar a los pacientes a reducir las necesidades contrapuestas de alimentación y medicación.

52. Los profesionales sanitarios deben comprender la relación entre la inseguridad alimentaria y los resultados sanitarios deficientes, así como las dificultades que experimentan las personas en situación de inseguridad alimentaria. Esto ayuda a los profesionales sanitarios a volverse más sensibles a las necesidades de los pacientes y adaptar el tratamiento y los servicios en consecuencia, con el fin de mejorar el control y la gestión de las condiciones de salud de los pacientes. Esta relación entre alimentación y salud estaba reconocida en la antigua práctica de la medicina y sigue siendo igual de cierta y relevante en la medicina moderna⁹⁸.

VIII. Cambio climático, conflicto y enfermedad por coronavirus (COVID-19)

53. El cambio climático está “acrecentando el hambre como nunca antes”, afectando en gran medida a comunidades que por sí mismas contribuyen poco a las emisiones de CO₂⁹⁹. Más del 80% de las personas que más hambre padecen en el mundo viven en países propensos a los desastres climáticos y casi una cuarta parte de las tierras cultivables del planeta están degradadas¹⁰⁰. Los desastres climáticos están destruyendo hogares, tierras, ganado, cultivos y otras fuentes de alimentos, haciendo que los precios de los alimentos se disparen a medida que disminuye la oferta¹⁰¹. Además de aumentar el riesgo de desnutrición y hambre, se prevé que el cambio climático también incremente el riesgo de enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica debido a la aceleración del crecimiento microbiano y la cambiante distribución de las enfermedades¹⁰².

54. El aumento de la inseguridad alimentaria y la competencia por los recursos naturales impulsan la inestabilidad y conducen al acaparamiento de tierras y al conflicto¹⁰³. El conflicto es la principal causa del hambre y contribuye al 80 % de las

⁹⁸ Bong Nguyen y Betty Drees, “Food and nutrition security in clinical settings”, *Missouri Medicine*, vol. 119, núm. 2 (2022), págs. 167 a 172.

⁹⁹ Véase <https://news.un.org/en/story/2021/07/1095672>.

¹⁰⁰ Véase www.wfpusa.org/drivers-of-hunger/climate-change.

¹⁰¹ *Ibid.*

¹⁰² Véase www.paho.org/es/temas/cambio-climatico-salud.

¹⁰³ Véase www.wfpusa.org/wp-content/uploads/2020/11/WFP-USA-Winning-the-Peace-2020.pdf.

peores crisis alimentarias del mundo¹⁰⁴. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura ha advertido de que la población de más de 20 países padece inseguridad alimentaria aguda y que la violencia y los conflictos constantes continúan empeorando muchas de estas situaciones¹⁰⁵.

55. En 2018, el Consejo de Seguridad pidió a las partes en conflictos armados que renunciaran a atacar lugares que producen y distribuyen alimentos y a utilizar la inanición como arma de guerra, y que garantizaran al personal humanitario el acceso a la población civil en condiciones de seguridad (véase la resolución 2417 (2018)). Sin embargo, las partes en conflicto siguen utilizando los alimentos como arma de guerra controlando la producción de alimentos, negando alimentos al adversario y explotando el hambre y la pobreza¹⁰⁶.

56. Las alteraciones de los sistemas alimentarios causadas por COVID-19 afectaron de manera desproporcionada a los pequeños agricultores y vendedores que operan en mercados informales¹⁰⁷. A medida que las restricciones a los viajes interrumpían las cadenas de suministro e inflaban los precios de los alimentos, casi 3100 millones de personas no pudieron permitirse una dieta saludable en 2020, frente a 112 millones en 2019¹⁰⁸, lo que llevaría a 150 millones más al hambre y a 350 millones más a la inseguridad alimentaria en comparación con los niveles prepandémicos¹⁰⁹.

57. Hasta enero de 2021, se habían perdido más de 39 000 millones de comidas escolares (la única comida nutritiva del día para muchos niños) debido al cierre de escuelas, lo que disparó las tasas de emaciación, retraso del crecimiento y sobrepeso infantil¹¹⁰. En el caso de los adultos mayores y las personas inmunodeprimidas, la COVID-19 aumentó el riesgo de malnutrición y la vulnerabilidad a las enfermedades¹¹¹. Los grupos marginados, entre ellos las personas LGBTQ+, se enfrentaron a mayores dificultades en el acceso a los alimentos y a la ayuda alimentaria durante la pandemia, que en muchos casos reflejó políticas basadas en definiciones binarias de género o en concepciones estrictas de familia para la distribución de alimentos, discriminación en el lugar de trabajo y prácticas de exclusión social, así como una prestación de servicios discriminatoria¹¹². Según las previsiones, revertir el impacto de la pandemia en la alimentación y la nutrición llevará años, si no decenios¹¹³.

58. Al mismo tiempo, muchos agentes empresariales de la industria de la alimentación y las bebidas aprovecharon la pandemia de COVID-19 para posicionarse como parte de la solución al aumento del hambre y la inseguridad alimentaria, mejorando su imagen para aumentar sus ventas¹¹⁴. Dichas estrategias incluían la combinación de medidas de socorro frente a la pandemia (por ejemplo, donaciones)

¹⁰⁴ Véase www.wfpusa.org/drivers-of-hunger/#:~:text=Conflict%20is%20the%20%231%20driver,infrastructure%20and%20halts%20agricultural%20production.&text=Climate%20change%20is%20one%20of,and%20intense%20extreme%20weather%20events.

¹⁰⁵ Véase https://docs.PMA.org/api/documents/WFP-0000136243/download/?_ga=2.40233314.1142932074.1683040665-2146118121.1683040665.

¹⁰⁶ Véase www.wfpusa.org/wp-content/uploads/2020/11/WFP-USA-Winning-the-Peace-2020.pdf.

¹⁰⁷ Véase www.wfpusa.org/drivers-of-hunger/covid-19.

¹⁰⁸ *Ibid.*

¹⁰⁹ Véase www.fao.org/newsroom/detail/un-report-global-hunger-SOFI-2022-FAO/es.

¹¹⁰ Véase www.wfpusa.org/drivers-of-hunger/covid-19.

¹¹¹ Véase www.csis.org/analysis/new-covid-19-mantra-nobody-safe-until-everybody-fed.

¹¹² Comunicación de Outright International.

¹¹³ Véase <https://news.un.org/en/story/2021/07/1095672>.

¹¹⁴ Véase https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Signalling%20Virtue%2C%20Promoting%20Harm_Sept2020_FINALv.pdf.

con una comercialización agresiva de productos ultraprocesados¹¹⁵; la promoción de los ultraprocesados como productos más seguros y sin contaminación; la donación de productos ultraprocesados a personas en situación vulnerable, como programas para escolares o poblaciones de ingresos bajos; y la puesta en relieve de las actividades filantrópicas, al tiempo que se ejerce una presión activa contra las políticas de salud pública para hacer frente a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta¹¹⁶. Estas actividades constituyen una forma de la llamada responsabilidad social empresarial por la que los agentes empresariales participan voluntariamente en actividades que afirman dar prioridad a los objetivos sociales (por ejemplo, la salud pública) sobre los beneficios¹¹⁷. Sin embargo, estas actividades son a menudo un ejercicio de relaciones públicas para crear la ilusión de que una compañía tiene conciencia social mientras sigue ejerciendo prácticas nocivas que pueden menoscabar el disfrute de los derechos humanos.

IX. Gobernanza de los sistemas alimentarios para la salud

59. La gobernanza de los sistemas alimentarios puede definirse como “las instituciones, agentes, reglas y normas que determinan la forma en que se producen y se distribuyen los alimentos y en que se accede a ellos a través de las fronteras [y] los procesos mediante los cuales los diversos agentes de los sistemas alimentarios se incorporan a la toma de decisiones y la formulación de políticas a diferentes niveles”¹¹⁸. La gobernanza de los sistemas alimentarios consta de “redes competitivas y que se solapan compuestas por agentes como los Estados, la sociedad civil, organizaciones filantrópicas y empresas transnacionales, que utilizan recursos muy diferentes para ejercer su poder”¹¹⁹.

60. “Si bien es importante que las soluciones para subsanar las disparidades en la inseguridad alimentaria se centren en combatir la discriminación interpersonal, es fundamental la necesidad de abordar el racismo [y la discriminación] estructural en la lucha por lograr la equidad en la seguridad alimentaria y mejorar los resultados conexos en las personas de color”¹²⁰, así como en la población negra y las personas afrodescendientes, los Pueblos Indígenas y otras comunidades marginadas. El legado colonial de la expropiación de tierras ha obligado a estas comunidades cada vez más a vivir en lugares donde el aire, el agua y la tierra están contaminados y en espacios de alta densidad.

A. Hacer frente a los conflictos de intereses

61. El Relator Especial sobre el derecho a la alimentación afirmó que “la gobernanza de múltiples interesados tampoco aclara el papel que corresponde a los Estados ni aborda su función de principales garantes de derechos” (véase [A/76/237](#)). En última instancia, el derecho internacional de los derechos humanos obliga a los Estados a respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos.

¹¹⁵ Véase <https://coca-colafemsa.com/noticias/apoyo-a-comunidades-y-profesionales-de-la-salud-en-latinoamerica>.

¹¹⁶ Véase <https://dfweawn6ylvgz.cloudfront.net/uploads/2021/02/GHAI-Covid-and-Food-Policy-Report-Spanish.pdf>.

¹¹⁷ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42435?locale-attribute=es&>.

¹¹⁸ Matthew Canfield y otros, “Reconfiguring food systems governance: the UNFSS and the battle over authority and legitimacy”, *Development*, vol. 64 (2021), págs. 181 a 191.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ Angela Odoms-Young, “Examining the impact of structural racism on food insecurity: implications for addressing racial/ethnic disparities”, *Family and Community Health*, vol. 41, supl. 2 (Food Insecurity and Obesity) (2018).

En virtud de la obligación de respetar, los Estados deben abstenerse de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud y los derechos conexos (véase [E/C.12/2000/4](#), párr. 33), absteniéndose de establecer alianzas para la formulación de políticas que subordinen la salud, en particular la salud de los más vulnerables. Además, al permitir que los procesos decisorios legítimos sean cooptados por intereses privados que a menudo compiten con los intereses de la salud pública, los Estados pueden convertirse en cómplices hasta el punto de incumplir esta obligación¹²¹. La obligación de los Estados de proteger les exige impedir que terceros, incluidas las empresas, interfieran en el disfrute de los derechos humanos (*ibid.*, párr. 33). Esta obligación es especialmente pertinente en el contexto de las empresas multinacionales de la alimentación y las bebidas y su influencia en la gobernanza de los sistemas alimentarios, y exige a los Estados que establezcan reglas de intervención (véase [E/C.12/GC/25](#), párr. 53); y [A/HRC/48/61](#), párr. 77) y adoptar medidas pertinentes para la buena gobernanza de los sistemas alimentarios.

62. Ocurre a menudo que algunos agentes, especialmente los agentes empresariales, tienen un interés especial en la proliferación de regímenes reguladores débiles e ineficaces, y pueden utilizar el poder corporativo para influir en la regulación¹²².

63. El enfoque preliminar de la OMS para la prevención y gestión de conflictos de intereses en la elaboración de políticas y la implementación de programas de nutrición a nivel nacional, con el apoyo de la hoja de ruta de la Organización Panamericana de la Salud para su aplicación, son intentos de prevenir y gestionar los conflictos de intereses. Incluyen seis pasos para la adopción de decisiones.

64. Mejorar el acceso a la información será beneficioso para garantizar una mayor rendición de cuentas y participación en la gobernanza de los sistemas alimentarios y, en última instancia, para salvaguardar el derecho a la salud. Como afirmó el anterior Relator Especial sobre el derecho a la salud, “el marco del derecho a la salud [...] exige la transparencia de las actividades que directa o indirectamente afectan a la gobernanza. Actúa como freno frente a las decisiones arbitrarias que puedan adoptar los Estados y evita las violaciones del derecho a la salud. [...] los Estados pueden garantizar la transparencia [y] permitir el examen público y minucioso del texto de esas negociaciones y acuerdos e invitar a las partes interesadas, como los agricultores y los consumidores, a formular observaciones antes de firmar estos últimos”. (véase [A/HRC/26/31](#), párr. 52).

B. Participación

65. “Para promover la salud, la comunidad debe participar efectivamente en la fijación de prioridades, la adopción de decisiones, la planificación y la aplicación y evaluación de las estrategias destinadas a mejorar la salud” (véase [E/C.12/2000/4](#), párr. 54). La participación significativa y consiguiente necesaria para hacer efectivos los derechos a la salud y los derechos conexos está estrechamente relacionada con la obligación de no discriminación de los Estados, que es de efecto inmediato (*ibid.*). Sin embargo, el legado de la discriminación por motivos de raza, etnia, sexo, orientación sexual, edad y factores socioeconómicos y de otra índole sigue haciendo estragos en la gobernanza de los sistemas alimentarios a todos los niveles.

66. La participación de las mujeres en los sistemas agroalimentarios se ha descrito como “limitada por normas sociales discriminatorias y obstáculos al conocimiento,

¹²¹ Documento de la Organización de los Estados Americanos OEA/Ser.L/V/II; e Isabel Barbosa y otros, “Obligaciones estatales en el contexto de dietas no saludables: Allorando el camino dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos”, *Revista Internacional de Derechos Humanos*, vol. 11, núm. 1 (2021).

¹²² Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, resolución 7.

los activos, los recursos y las redes sociales”¹²³. Numerosos Estados también han denunciado la falta de oportunidades para la participación de las poblaciones indígenas y los migrantes en el diseño de políticas para aumentar el acceso a la alimentación, la producción de alimentos y la nutrición¹²⁴. Los campesinos y otras personas que trabajan en las zonas rurales también son poblaciones fundamentales cuando se trata de la gobernanza de los sistemas alimentarios para la salud, y debe hacerse realidad su “derecho a participar en la formulación de políticas, la adopción de decisiones y la aplicación y el seguimiento de cualquier proyecto, programa o política que afecte a sus tierras y sus territorios” (véase [A/HRC/WG.15/1/2](#)).

67. Enfoques participativos como las redes alimentarias alternativas, los consejos de políticas alimentarias y los movimientos de soberanía alimentaria, que están constituyendo “una manifestación interesante para la participación en una gobernanza alimentaria justa”, pueden ayudar a crear sistemas alimentarios más justos y sostenibles¹²⁵. Estos enfoques pueden ajustarse mejor al requisito del derecho a la salud de la participación de la población afectada en todas las decisiones relacionadas con la salud, desde el nivel comunitario hasta el internacional (véase [E/C.12/2000/4](#), párr. 11).

X. Regular los sistemas alimentarios en pro de la salud

68. La Relatora Especial está de acuerdo en que “la promoción y protección de la salud están inextricablemente vinculadas a la promoción y protección de los derechos humanos y la dignidad”¹²⁶. Por consiguiente, las medidas regulatorias en materia de salud y relacionadas con la misma no deben enfocarse como presuntamente en oposición con los derechos humanos, sino más bien como marcos que se refuerzan mutuamente¹²⁷.

69. El derecho internacional de los derechos humanos promueve la formulación de políticas y la adopción de decisiones basadas en los mejores conocimientos científicos disponibles (véase [E/C.12/GC/25](#), párr. 54), libres de conflictos de intereses, como se ha analizado anteriormente. Por consiguiente, los Estados deben esforzarse por armonizar sus políticas con las mejores pruebas científicas disponibles (*ibid.*). Esto es pertinente para el contexto de la regulación de los sistemas alimentarios, dado el creciente apoyo probatorio de ciertas medidas diseñadas para hacer frente a la malnutrición.

A. Proteger los derechos sobre la tierra, la biodiversidad y otros recursos naturales

70. “La tierra no es solo un recurso para producir alimentos, generar ingresos y crear viviendas, sino que también constituye la base de prácticas sociales, culturales y religiosas y del disfrute del derecho a participar en la vida cultural” (véase [E/C.12/GC/26](#), párr. 1). El acaparamiento de tierras, por el que los inversores adquieren tierras para proyectos a gran escala como plantaciones agroindustriales u operaciones mineras, desencadena pobreza, inseguridad alimentaria y pérdida de

¹²³ Véase www.fao.org/3/cc5343en/cc5343en.pdf. pág. xviii.

¹²⁴ Presentaciones de múltiples Estados y organizaciones (por ejemplo, Guatemala, Chile y FIAN Colombia).

¹²⁵ Suvi Huttunen y otros, “Participation for just governance of food-system transition”, *Sustainability: Science, Practice and Policy*, vol. 18, núm. 1 (2022), págs. 500 a 514.

¹²⁶ Jonathan Mann y otros, “Health and human rights”, *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 1, págs. 6 a 23.

¹²⁷ *Ibid.*

medios de subsistencia para las comunidades locales, con efectos perjudiciales para la salud¹²⁸. Expropiar, ocupar y permitir la destrucción de tierras utilizadas para la agricultura, el pastoreo, la caza, la pesca y el forrajeo elimina la capacidad de las comunidades indígenas y otras comunidades locales de producir sus propios alimentos para una dieta sana, convirtiendo la alimentación en un producto básico controlado por quienes ostentan el poder¹²⁹. Así pues, vulnera su derecho a una alimentación adecuada y su derecho a la salud, considerando que una alimentación adecuada es un factor determinante básico de la salud (véase E/C.12/2000/4, párr. 4), y amenaza la salud para todos, ya que los Pueblos Indígenas protegen el 80 % de la biodiversidad de la Tierra¹³⁰.

71. La biodiversidad puede aumentar cuando las políticas, junto con las inversiones en investigación, tecnología e infraestructuras, se reorientan para incentivar la producción de alimentos nutritivos, como frutas, verduras y legumbres¹³¹, y las métricas agrícolas miden aspectos relacionados con la nutrición, como el contenido de nutrientes por unidad de tierra o mano de obra¹³², al tiempo que aumentan los ingresos de los productores locales en consonancia con los marcos de los derechos a la salud y los derechos conexos¹³³.

72. La tierra es un elemento esencial para la realización de muchos derechos humanos¹³⁴. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce explícitamente que el uso de la tierra puede afectar al goce de los derechos a una alimentación adecuada y a la salud (véase E/C.12/GC/26, párr. 9). Además, establece que los principios de no discriminación e igualdad sustantiva exigen que se preste especial atención a las mujeres, los Pueblos Indígenas y las comunidades rurales en las leyes y políticas relativas a la tierra, dada su conexión con la tierra y su historia de discriminación (véase E/C.12/GC/26, párr. 12). Las personas y las comunidades también deben recibir información y la oportunidad de participar en la toma de decisiones relativas a la tierra (véase E/C.12/GC/26, párrs. 20 y 21).

B. Etiquetado nutricional en la parte frontal de los envases

73. El etiquetado nutricional obligatorio en la parte frontal de los envases se ha identificado como una herramienta de política clave¹³⁵ que debería permitir a los consumidores identificar correcta, rápida y fácilmente los productos que contienen un

¹²⁸ Véase

<https://news.un.org/en/story/2011/10/390162#:~:text=The%20practice%20of%20E2%80%9Cland%20grabbing,Nations%20independent%20expert%20warned%20today>.

¹²⁹ La Relatora Especial coincide con el Relator Especial sobre el derecho a la alimentación en que cuando los recursos agrícolas se convierten en productos básicos, “resulta más fácil que unas pocas personas controlen [los recursos agrícolas] y restrinjan el acceso a ellas de la mayoría de la humanidad” (véase A/HRC/49/43).

¹³⁰ Véase www.un.org/development/desa/dspd/2021/04/indigenous-peoples-sustainability.

¹³¹ Véase <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/48531>.

¹³² Grupo Banco Mundial, “An overview of links between obesity and food systems: implications for the food and agriculture global practice agenda”, junio de 2017.

¹³³ Véase www.fao.org/3/cc3859es/cc3859es.pdf. La Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales está redactando una observación general que definirá las obligaciones de los Estados en relación con el desarrollo sostenible, incluida la biodiversidad, como una cuestión de derechos humanos, véase www.ohchr.org/en/treaty-bodies/cescr/general-comment-sustainable-development-and-international-covenant-economic-social-and-cultural.

¹³⁴ Véase www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Land_HR-StandardsApplications.pdf.

¹³⁵ Véase

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53013/OPSNMHRF200033_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y, pág. 7.

exceso de azúcar, sodio y grasas, proporcionándoles una información nutricional precisa, transparente y fácilmente comprensible¹³⁶.

74. En el marco del derecho a la salud, el etiquetado nutricional obligatorio en la parte frontal de los envases, y específicamente las etiquetas de advertencia, se ajusta a la obligación de los Estados de proteger el derecho a la salud y los derechos conexos exigiendo que terceros (en este caso, las empresas) transmitan información precisa, fácilmente comprensible y transparente sobre los productos con exceso de nutrientes críticos para que las personas puedan tomar decisiones alimenticias con conocimiento de causa (véase [E/C.12/GC/24](#), párr. 19)¹³⁷.

75. El etiquetado nutricional en la parte frontal de los envases también contribuye a la realización del derecho a la información y del derecho a beneficiarse del progreso científico y de su aplicación¹³⁸, que incluye el acceso al conocimiento e información científicos (véase [E/C.12/GC/25](#), párr. 8).

C. Comercialización

76. Muchas empresas de la alimentación y las bebidas también han adoptado estrategias de marketing para elevar su marca, presentándose como entidades que trabajan para resolver problemas sociales, económicos, medioambientales y sanitarios mediante estrategias de lavado de imagen corporativo¹³⁹. Esto incluye la “ecoimpostura”, o crear la percepción de que las empresas están cambiando sus prácticas comerciales para proteger el medio ambiente, tales como modificar el envasado de los productos¹⁴⁰. Estas estrategias pueden ser muy engañosas, pues inducen a los consumidores a creer que determinados productos son más sostenibles, o en algunos casos más nutritivos, de lo que realmente son para influir en sus decisiones alimenticias.

77. La comercialización de alimentos y bebidas es omnipresente y la mayoría de los tipos de alimentos comercializados están dirigidos a niños, influyendo en sus preferencias, peticiones, compras y comportamientos alimentarios. La Comisión de la OMS para Acabar con la Obesidad Infantil concluyó que “existen pruebas inequívocas de que la comercialización de alimentos no saludables y bebidas azucaradas [...] está relacionada con la obesidad infantil”¹⁴¹.

78. La obligación de proteger a veces necesita una regulación e intervención directas y los Estados partes deberían considerar la posibilidad de adoptar medidas como restringir la comercialización y la publicidad de determinados bienes y servicios a fin de proteger la salud pública (véase [E/C.12/GC/24](#)). Los Estados están obligados a regular la comercialización, reducir la exposición de los niños a la publicidad de alimentos y bebidas y garantizar que la industria proporcione información nutricional precisa y de fácil lectura cuando anuncie sus productos¹⁴².

¹³⁶ *Ibid.*

¹³⁷ Véase también www.ohchr.org/en/statements/2020/07/statement-un-special-rapporteur-right-health-adoption-front-package-warning.

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ Comunicación de Global Health Advocacy Incubator.

¹⁴⁰ Silvia Ruiz-Blanco y otros, “Green, blue or black, but washing—What company characteristics determine greenwashing?”, *Environment, Development and Sustainability*, vol. 24, núm. 3 (2022), págs. 4024 a 4045.

¹⁴¹ Los niños con sobrepeso y obesidad también pueden sufrir efectos psicológicos y psicosociales, como estigmatización por el peso, aislamiento social, depresión, baja autoestima y bajo logro educativo.

¹⁴² Véase <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/127/79/PDF/G1412779.pdf?OpenElement>.

D. Políticas fiscales

79. A principios de 2022, los precios mundiales de los alimentos alcanzaron un máximo histórico, lo que agravó aún más la inseguridad alimentaria de millones de personas en todo el mundo, especialmente de aquellas que viven en condiciones vulnerables¹⁴³. Como se analiza en la sección VIII, el aumento de los precios de los alimentos puede atribuirse al cambio climático, a los conflictos y a la COVID-19. En algunas partes del mundo, la disponibilidad y accesibilidad inmediatas de alimentos y bebidas baratos y poco saludables en comparación con opciones más saludables ha disparado su consumo y, a su vez, el aumento de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta¹⁴⁴.

80. En relación con el derecho a la salud, “la equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos” (véase E/C.12/2000/4, párr. 12 b)). Las estrategias de tributación y subvenciones pueden redistribuir los costes relativos de los alimentos, fomentando la equidad y potenciando la toma de decisiones¹⁴⁵.

81. Los Estados también tienen la obligación inmediata de adoptar medidas “deliberadas, concretas y orientadas” para hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales (véase E/1991/23, párr. 2). Los ingresos procedentes de los impuestos pueden permitir a cada Estado cumplir con su obligación de lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos “hasta el máximo de sus recursos disponibles” y “por todos los medios apropiados”¹⁴⁶.

E. Políticas de adquisición de alimentos saludables

82. La contratación pública se refiere al proceso mediante el cual las autoridades públicas, tales como las entidades de todos los niveles de gobierno y las empresas estatales, adquieren trabajos, bienes o servicios de entidades privadas, incluidos alimentos y bebidas, así como servicios de alimentación¹⁴⁷. Las políticas de adquisición de alimentos tienden a favorecer las opciones de menor coste, que a menudo proceden de grandes empresas agroalimentarias, al tiempo que conceden un valor mínimo a la salud y la nutrición¹⁴⁸. El Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos ha afirmado que “cuando se abastecen de alimentos escuelas, hospitales y administraciones públicas, los Gobiernos tienen la oportunidad excepcional de apoyar dietas más nutritivas y sistemas alimentarios más sostenibles de una sola vez”¹⁴⁹.

¹⁴³ Véase www.imf.org/en/Blogs/Articles/2023/03/09/global-food-crisis-may-persist-with-prices-still-elevated-after-year-of-war.

¹⁴⁴ Barry Popkin y otros, “Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries”.

¹⁴⁵ Olivier De Schutter, “Taxing for the realization of economic, social and cultural rights”, en *Tax, Inequality, and Human Rights*, Philip Alston y Nikki Reisch, eds. (Oxford University Press, 2019), pág. 63; e Iniciativa sobre los principios de derechos humanos en la política fiscal, “Principios de derechos humanos en la política fiscal”, mayo de 2021, principio 3.

¹⁴⁶ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 2.1.

¹⁴⁷ Véase www.oecd.org/gov/public-procurement.

¹⁴⁸ Véase www.srfood.org/images/stories/pdf/otherdocuments/20140514_procurement_en.pdf.

¹⁴⁹ *Ibid.*

XI. Coherencia de las políticas en todos los sistemas alimentarios

83. Dentro de los sistemas alimentarios, las políticas sanitarias diseñadas para hacer frente a la malnutrición pueden ser incongruentes en ocasiones con las políticas de otros sectores (por ejemplo, económico, agrícola o medioambiental). La coherencia de las políticas alimentarias dentro del sistema alimentario es fundamental para mejorar los sistemas alimentarios¹⁵⁰. La meta 17.14 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible pretende mejorar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible¹⁵¹.

84. Las mujeres forman parte integrante de los sistemas alimentarios y desempeñan funciones múltiples y centrales en todo el espectro de actividades¹⁵². Las históricas y persistentes estructuras patriarcales han impuesto a las mujeres el papel de alimentar a sus familias sin ofrecerles tampoco un acceso igualitario a la tierra, las finanzas, la tecnología y los servicios en comparación con los hombres¹⁵³. Como resultado, las mujeres corren un mayor riesgo de inseguridad alimentaria que los hombres en todas las regiones del mundo, especialmente cuando golpea una crisis¹⁵⁴.

85. Además, el patriarcado en los sistemas alimentarios implica también que las mujeres tienen un poder de negociación y una influencia desiguales sobre decisiones clave que tienden a afectarles más gravemente¹⁵⁵. Allí donde los modos de acceso tradicionales o consuetudinarios se están desmoronando y están siendo sustituidos por mecanismos de mercado, diversas normas jurídicas, administrativas y sociales impiden un mayor acceso o control de la tierra por parte de las mujeres. Las mujeres se encuentran entre los grupos, que también incluyen a los Pueblos Indígenas y a los niños, afectados de manera desproporcionada por actividades empresariales perjudiciales, especialmente en relación con la tierra y los recursos naturales (véase [E/C.12/GC/24](#), párr. 8).

86. Casos recientes ponen de relieve cómo las empresas multinacionales pueden eludir su responsabilidad por ser cómplices del uso de mano de obra infantil esclava en plantaciones fuera del lugar donde la empresa tiene su sede¹⁵⁶. Sin embargo, los trabajadores agrícolas, incluidos los niños, también figuran “entre los más afectados por la inseguridad alimentaria, deben superar obstáculos enormes para la realización de su derecho a la alimentación y a menudo trabajan sin protección laboral ni del empleo y en condiciones peligrosas” (véase [A/73/164](#), párr. 1). Los trabajadores agrícolas, que a menudo son también migrantes¹⁵⁷, no suelen percibir un salario justo, debido a su incierta condición jurídica, y están expuestos a sustancias nocivas y condiciones peligrosas, como pesticidas y temperaturas extremas (*ibid.*).

¹⁵⁰ Véase https://symposium.bayes.city.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0018/504621/7643_Brief-5_Policy_coherence_in_food_systems_2021_SP_AW.pdf.

¹⁵¹ Véase <https://sdgs.un.org/es/goals/goal17>.

¹⁵² Véase

https://digital.csic.es/bitstream/10261/280515/1/Sustainable%20food_Rivera_ComCong2021.pdf.

¹⁵³ Véase www.fao.org/3/cc5343en/cc5343en.pdf, pág. xix.

¹⁵⁴ Véase <https://reliefweb.int/report/world/gender-inequalities-and-food-insecurity-ten-years-after-food-price-crisis-why-are-women>.

¹⁵⁵ *Ibid.*

¹⁵⁶ Véase www.supremecourt.gov/opinions/20pdf/19-416_i4dj.pdf.

¹⁵⁷ Véase www.oecd-ilibrary.org/development/como-los-inmigrantes-contribuyen-a-la-economia-de-los-paises-en-desarrollo_9789264291904-es; y Liam Richardson y Rachael Pettigrew, “Migrant agricultural workers: a comparative analysis of both policy and COVID-19 response in Thailand, Italy, and Canada”, *SN Social Sciences*, vol. 2, núm. 11 (2022), pág. 236.

XII. Buenas prácticas

87. El programa nacional de alimentación escolar de Brasil garantiza que se atiendan las necesidades nutricionales de los niños durante todo el año escolar (*ibid.*) y exige que el 30 % del presupuesto se destine a la adquisición de alimentos procedentes de explotaciones familiares, dando prioridad a los asentamientos de la reforma agraria, las comunidades indígenas y las comunidades quilombolas¹⁵⁸. Esto ha creado un mercado garantizado de frutas, verduras y cereales, haciendo que muchos agricultores pasen de los monocultivos a una producción más diversificada y contribuyendo a estabilizar los medios de subsistencia rurales y a reducir la pobreza¹⁵⁹. El programa demuestra que la asignación de una parte significativa del presupuesto, unida a un proceso de contratación simplificado, puede catalizar la expansión del mercado de alimentos y bebidas saludables y contribuir a la realización de los derechos humanos¹⁶⁰.

88. Se ha aprobado el etiquetado nutricional en la parte frontal de los envases en forma de etiquetas de advertencia, que se está aplicando en varios países, a saber, Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay¹⁶¹. En Sudáfrica, el Departamento Nacional de Salud ha publicado un proyecto de reglamento para aprobar y aplicar el etiquetado nutricional en la parte frontal de los envases en forma de etiquetas de advertencia¹⁶².

89. Barbados grava las bebidas azucaradas de acuerdo con las directrices de la OMS, que recomiendan un impuesto que aumente el precio recibido por el consumidor en un 20 % o más sobre el precio de venta final¹⁶³. En abril de 2022, el país ya había conseguido reducir la venta de bebidas azucaradas en un 4,3 % y aumentar la de bebidas no azucaradas y agua entre un 5 % y un 7,5 %¹⁶⁴. Barbados decidió ampliar la base de productos sujetos al impuesto y aumentó el tipo original del 10 % al 20 % para maximizar los resultados en materia de salud pública¹⁶⁵. En marzo de 2023, Pakistán elevó los impuestos especiales existentes sobre las bebidas carbonatadas del 13 % al 20 % e implantó un nuevo impuesto del 10 % sobre los zumos de frutas, siropes y concentrados¹⁶⁶. En 2018, Perú aumentó su impuesto sobre las bebidas con alto contenido de azúcar del 17 % al 25 %¹⁶⁷. En abril de 2018, Sudáfrica fue la primera nación de África en implantar un impuesto sobre las bebidas azucaradas, denominado gravamen de promoción de la salud¹⁶⁸.

¹⁵⁸ Véase <https://paineobesidade.com.br/biblioteca/alimentacao-saudavel-nas-escolas-guia-para-municipios/#resumo>.

¹⁵⁹ *Ibid.*

¹⁶⁰ Véase www.estudosinstitucionais.com/REI/article/view/726/781.

¹⁶¹ Véase http://www.globalfoodresearchprogram.org/wp-content/uploads/2023/02/GFRP-UNC_FOPL_maps_2023_02.pdf.

¹⁶² Véase www.foodfocus.co.za/home/Legislation/Food-Safety/R3337-Labeling-Regulations-for-Comment.

¹⁶³ Véase www.who.int/es/news/item/11-10-2016-who-urges-global-action-to-curtailed-consumption-and-health-impacts-of-sugary-drinks.

¹⁶⁴ Véase www.who.int/publications/i/item/9789240056299.

¹⁶⁵ Véase <https://bra.gov.br/News/Policy-Notes/Excise-Tax-on-Sweetened-Beverages.aspx>.

¹⁶⁶ Pakistán, proyecto de ley de financiación suplementaria, 2023. “Los siropes y zumos concentrados, populares en Pakistán, son líquidos espesos y viscosos con grandes cantidades de azúcar que se utilizan para preparar una bebida añadiendo agua”, véase www.advocacyincubator.org/featured-stories/2023-05-10-pakistan-approves-higher-sweetened-and-sugary-beverage-tax.

¹⁶⁷ Véase <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56103>.

¹⁶⁸ Karen Hofman y otros, “South Africa’s health promotion levy: excise tax findings and equity potential”, vol. 22, núm. 9 (2021).

90. Recientemente, Colombia aprobó un impuesto sobre las bebidas y alimentos ultraprocesados azucarados, con tipos escalonados distribuidos en tres niveles según el contenido de azúcar. Entre los productos impositivos figuran algunos productos lácteos, cereales, gelatinas, condimentos, helados y otros artículos con un alto contenido de azúcares añadidos, sodio y grasas saturadas¹⁶⁹. El tipo impositivo de los alimentos ultraprocesados aumentará anualmente por fases, del 10 % en 2023 al 20 % en 2025.

91. El Ministerio de Consumo de España publicó un proyecto de reglamento para limitar la publicidad de productos procesados dirigida a niños. Es importante destacar que España ha declarado tener dificultades para promover políticas de mejora del entorno alimentario debido a la fuerte oposición de ciertos sectores de la sociedad, especialmente durante los procesos legislativos y normativos¹⁷⁰.

92. Entre 2013 y 2017, el Ministerio de Salud de Malawi, en colaboración con el proyecto Food and Nutrition Technical Assistance III, trabajó para mejorar la salud y el bienestar de las personas que viven con el VIH, sus familias y comunidades mediante el fortalecimiento de las políticas, los programas y los sistemas de nutrición del Gobierno¹⁷¹. Al alinear las evaluaciones nutricionales con los protocolos de pruebas del VIH en Malawi, se identificó a un número significativamente mayor de niños, adolescentes y adultos como portadores del VIH y se les facilitó un tratamiento que incluía asesoramiento y apoyo nutricional, lo que mejoró su adhesión y los resultados tanto del tratamiento del VIH como del nutricional¹⁷².

93. Las personas que amamantan llevan a cabo una triple acción que aborda simultáneamente la desnutrición, las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta y el cambio climático y otras formas de degradación ambiental¹⁷³. Países como la India han incorporado plenamente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna de la OMS a su legislación nacional y han mantenido unos altos niveles de lactancia materna¹⁷⁴.

XIII. Conclusiones y recomendaciones

94. **Hacer frente a la malnutrición y a los efectos en la salud relacionados mediante reformas de los sistemas alimentarios es fundamental para los esfuerzos mundiales en pro del desarrollo sostenible, y se reconoce que no solo es esencial para erradicar el hambre, sino también para avanzar en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible¹⁷⁵.**

95. **La seguridad alimentaria y la nutrición son determinantes básicos de la salud y deben hacerse realidad para lograr el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.**

96. **La comida es algo más que la nutrición que proporciona. Además de ser una de las fuentes de placer más comunes, la comida es también un pegamento social. Como concepto, la comida es sin duda algo más que nutrición; siempre ha**

¹⁶⁹ El 13 de diciembre de 2022 se aprobó la Ley 2277, un impuesto para la salud sobre los alimentos y bebidas ultraprocesados (reforma fiscal). El impuesto entrará en vigor en noviembre de 2023.

¹⁷⁰ Comunicación de España; véase también

www.consumo.gob.es/sites/consumo.gob.es/files/Borrador_RD_publicidad.pdf.

¹⁷¹ Véase www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-Malawi-909090-Sep2018.pdf.

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ Comunicación de la Universidad de Deakin.

¹⁷⁴ Rafael Pérez-Escamilla y otros, "Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world", *The Lancet*, vol. 401, núm. 10375 (2023), págs. 472 a 485.

¹⁷⁵ Véase www.un.org/es/food-systems-summit/sdgs.

sido una expresión especial y gloriosa de uno mismo, de la cultura y de la autonomía social, económica y política.

97. La Relatora Especial recomienda que los Estados y otras partes interesadas:

a) Adopten un enfoque integral de la regulación de los sistemas alimentarios y de la naturaleza y el alcance de sus repercusiones en la nutrición y la salud, desde la producción de alimentos hasta su transformación y envasado, promoción, distribución, venta y consumo;

b) Analicen la seguridad alimentaria y la nutrición y cómo afectan a la salud, el bienestar y espacios como los entornos clínicos en la gestión de enfermedades y la promoción del bienestar, que debe ser multisectorial. El acceso y resultados como la distribución de alimentos en los hogares, el consumo y el estado nutricional deben medirse y controlarse, y todas las partes interesadas deben abordar esas tendencias con agilidad;

c) Adopten medidas legislativas y regulatorias para proteger, promover y apoyar la lactancia materna, permitiendo que las personas lleven a cabo esta triple acción fundamental¹⁷⁶;

d) Diseñen y adopten políticas de apoyo a los agricultores familiares y a pequeña escala que puedan vincular la producción a programas alimentarios locales, incluidos los programas de alimentación escolar, y a mercados locales a través de cadenas de suministro más cortas. Estas políticas pueden diseñarse para aumentar los ingresos de los pequeños agricultores al mismo tiempo que se reducen el coste y otros obstáculos que impiden a los consumidores acceder a alimentos sanos y nutritivos. En concreto, dichas intervenciones pueden diseñarse para apoyar a las poblaciones que tienen una estrecha relación con la tierra y que también se han visto históricamente desfavorecidas dentro de los sistemas alimentarios;

e) Adopten y revisen políticas, junto con inversiones en investigación, tecnología e infraestructura, para incentivar la producción de alimentos nutritivos. Además, la biodiversidad puede protegerse mediante iniciativas para salvaguardar los derechos a la tierra de las comunidades locales que dependen de ella para su subsistencia en actividades como la agricultura, el pastoreo, la pesca y la caza;

f) Aborden los efectos específicos de las actividades empresariales en las mujeres y las niñas e incorporen una perspectiva de género en todas las medidas para regular las actividades empresariales que puedan afectar negativamente a los derechos económicos, sociales y culturales (véase [E/C.12/GC/24](#), párr. 9), incluido el derecho a la salud;

g) Trabajen, cuando se adquieran alimentos para su venta en entornos o programas públicos, en pro de la realización del derecho a la salud y los derechos conexos, dado el potencial de influir de manera directa en los sistemas y entornos alimentarios en favor de la nutrición y la salud;

h) Sean transparentes, dada la alta prevalencia de los conflictos de intereses en las políticas fiscales, en la tributación y en las subvenciones que afectan a los sistemas alimentarios, y den prioridad a los derechos de la población por encima de los intereses privados de la industria de la alimentación y las bebidas;

¹⁷⁶ Rafael Pérez-Escamilla y otros, “Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world”.

i) Adopten un etiquetado de advertencia nutricional en la parte frontal de los envases de alimentos y bebidas que contengan cantidades excesivas de nutrientes críticos, siguiendo los mejores conocimientos científicos disponibles libres de conflictos de intereses¹⁷⁷;

j) Adopten un enfoque descolonizador que rechace por completo tal enfoque, en particular porque, en la era del cambio climático, la destrucción del medio ambiente suele atribuirse a la reproducción de quienes viven en la pobreza, los Pueblos Indígenas y los afrodescendientes;

k) Regulen la publicidad de los productos poco saludables, reduzcan la exposición de los niños a la comercialización agresiva prohibiendo a las empresas hacer publicidad de productos poco saludables con destino a los niños menores de una determinada edad, y restringir la disponibilidad de alimentos poco saludables y su publicidad en los entornos escolares (véase [A/HRC/26/31](#), párrs. 22-25)¹⁷⁸;

l) Promuevan la salud humana y planetaria y garanticen que los sistemas alimentarios actuales no comprometan la capacidad de las generaciones actuales y futuras para asegurar sus propios derechos a la alimentación, la salud y los medios de subsistencia. Los Estados también deben promover la conservación, la protección y la restauración de la salud y la integridad de los ecosistemas del planeta, entre otras cosas mediante la producción y el consumo de alimentos sanos y sostenibles basados en métodos ecológicamente racionales dentro de los límites planetarios, garantizando al mismo tiempo la resiliencia ante crisis futuras, incluidas las provocadas por conflictos, pandemias y el cambio climático;

m) Protejan y promuevan el derecho a unas condiciones de trabajo saludables y a la seguridad alimentaria de los trabajadores de todo el sector, ya que es importante para ellos hacer realidad sus derechos económicos, sociales y culturales;

n) Avancen hacia la igualdad sustantiva, lo que exige empezar por los más rezagados y garantizar que se hace todo lo posible para restablecer la dignidad de todas las personas. Los Estados deben construir sistemas alimentarios basados en la cultura, la identidad, la tradición y la equidad social y de género de las comunidades locales que proporcionen dietas sanas, seguras, accesibles, asequibles, diversificadas y adecuadas desde el punto de vista nutricional y cultural;

o) Ayuden a identificar, a través de los componentes que constituyen la rendición de cuentas, es decir, la supervisión, la revisión y la reparación, dónde se ha avanzado y dónde no y permitir a los titulares de derechos exigir reparación por las vulneraciones que se hayan producido. La rendición de cuentas constituye una vía para que los titulares de obligaciones expliquen sus acciones y se ajusten a ellas;

p) Creen condiciones que permitan una vida digna y se tomen en serio el “fomento de gratos recuerdos y la unión familiar “viviendo de la tierra”, permitiendo la enseñanza y el aprendizaje experimentales intergeneracionales, y promoviendo el ingenio y compensando la marginación económica”¹⁷⁹.

¹⁷⁷ Véase www.ohchr.org/en/statements/2020/07/statement-un-special-rapporteur-right-health-adoption-front-package-warning.

¹⁷⁸ véase también www.who.int/es/publications/i/item/9789241500210.

¹⁷⁹ Catherine McKinley y otros, ““Living off the land”: how subsistence promotes well-being and resilience among Indigenous Peoples of the Southeastern United States”, *Social Service Review*, vol. 92, núm. 3 (2018), págs. 369 a 400.

Publicidad para enfermar: restricciones al mercadeo de productos alimenticios ultraprocesados dirigido a niños y niñas en la Constitución colombiana^{***}

Advertising to Get Sick: Restrictions to the Marketing of Ultra-processed Food to Children in the Colombian Constitution

RESUMEN

La publicidad de productos alimenticios ultraprocesados, generalmente altos en grasas saturadas, sal y azúcares libres, dirigida a niños y niñas es una práctica común en Colombia y en muchos lugares del mundo. Este artículo analiza la necesidad y legitimidad de las medidas que limitan la publicidad de estos productos en el marco constitucional colombiano. El artículo argumenta que, de acuerdo a la jurisprudencia vigente en materia de tabaco y otros casos relevantes, estas medidas no limitan el principio de libertad de empresa, no son desproporcionadas, ni paternalistas, y no violan la libertad de expresión de las industrias. Al contrario, los principios de prevención y precaución establecen que estas medidas son necesarias para prevenir y precaver los efectos nocivos que la publicidad puede tener sobre la salud de niños y niñas.

PALABRAS CLAVE

Publicidad, alimentos, bebidas, tabaco, niños, obesidad.

* Investigadora en el Centro de Estudios de Derecho Justicia y Sociedad (Dejusticia) y directora de la línea Justicia Económica. PhD y LL.M. de la Universidad de Essex; especialista en Derecho Constitucional y abogada de la Universidad Nacional de Colombia. ORCID ID: 0000-0001-7615-7475. Contacto: dguarnizo@dejusticia.org

** Agradezco al profesor Luis Fernando Gómez, así como a Julián Gutiérrez, César Valderrama y Johnattan García, por sus comentarios a versiones previas de este documento. Agradezco también a Julián Gutiérrez y Eliana Alcalá en la búsqueda y sistematización de las sentencias.

*** Recibido el 25 de mayo de 2020, aprobado el 15 de septiembre de 2021.

Para citar el artículo: GUARNIZO PERALTA, D. *Publicidad para enfermar: restricciones al mercadeo de productos alimenticios ultraprocesados dirigido a niños y niñas en la Constitución colombiana*. En *Revista Derecho del Estado*, Universidad Externado de Colombia. N.º 51, enero-abril de 2022, 5-38.

doi: <https://doi.org/10.18601/01229893.n51.01>

SUMMARY

Marketing of ultra-processed food products targeted to children, usually high in saturated fats, sodium, and free sugars, is a common practice in Colombia and many other places in the world. This article analyses the need and legitimacy of the measures that restrict the publicity of these products within the constitutional Colombian law framework. The article argues that, according to the jurisprudence available on tobacco and other relevant cases, these measures do not limit the principle of economic freedom, they are not disproportionate, neither paternalistic, and do not violate the freedom of expression of the industries. To the opposite, constitutional principles of prevention and precaution establish that these measures are needed to prevent and pre-empt the harmful effects that publicity may have on children's health.

KEYWORDS

Advertising, food, drinks, tobacco, children, obesity.

SUMARIO

Introducción. 1. Factores que contribuyen a la obesidad y deber estatal de prevenirlos. 1.1. El consumo de productos ultraprocesados como factor de riesgo de sobrepeso y obesidad. 1.2. Influencia de la publicidad en el consumo de productos ultraprocesados por parte de niños y niñas. 1.3. Los principios de prevención y precaución en materia de salud y su aplicación en el debate sobre las restricciones a la publicidad de ultraprocesados. 2. Análisis de las restricciones a la publicidad de ultraprocesados propuestas en Colombia. 2.1. Ausencia de un marco normativo en la publicidad de ultraprocesados en Colombia e iniciativas de regulación. 2.2. ¿Es posible restringir la libertad económica en aras de proteger la salud pública? 2.3. ¿Es proporcional restringir la publicidad de ultraprocesados? 2.4. ¿Son las restricciones a la publicidad de ultraprocesados una práctica paternalista? 2.5. ¿Son las restricciones a la publicidad de ultraprocesados una violación a la libertad de expresión de las empresas? Conclusión. Referencias.

INTRODUCCIÓN

Todos los días, los niños y niñas se enfrentan a la exposición de mensajes publicitarios que invitan al consumo de productos perjudiciales para la salud. Algunos ofrecen comidas rápidas y productos comestibles y bebestibles ultraprocesados, y otros promocionan incluso sustancias adictivas como el alcohol o el tabaco. Se calcula que en los Estados Unidos un niño promedio

está expuesto a entre 13.000 y 30.000 mensajes publicitarios al año, solo en la televisión¹. Dirigir mensajes publicitarios enfocados en niños y niñas es una estrategia comúnmente aprovechada por la industria para incrementar sus ventas y asegurar futuros consumidores.

La continua publicidad de productos perjudiciales expone a los menores a riesgos para su salud e incluso a comportamientos dependientes. El consumo de productos alimenticios ultraprocesados² (en adelante ‘productos ultraprocesados’ o ‘ultraprocesados’) expone a los niños a un riesgo mayor de obesidad, así como a otras enfermedades no transmisibles. Solo en Colombia, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en niños entre 5 y 12 años se incrementó en 5,6 puntos porcentuales, pasando del 18,8% en 2010 al 24,4% en 2015^[3]. Con el fin de combatir el efecto de estos productos en la salud humana, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), encargadas de fijar los lineamientos para las políticas de salud pública en el mundo, han hecho recomendaciones concretas a los Estados para que limiten la publicidad de estos productos dirigida a los niños y niñas, establezcan formas claras de etiquetado, aumenten los impuestos a estos productos y prohíban su venta en centros escolares⁴.

Aunque algunos países han implementado medidas para desincentivar el consumo de ultraprocesados de manera exitosa, otros apenas comienzan a estudiarlas. La industria de alimentos y bebidas se ha opuesto a estas medidas argumentando que limitan el margen de las empresas para desarrollar su propósito económico, vulnerando así su derecho a la libertad de empresa

1 GANTS, W., SCHWARTZ N., ANFELINI J. y RIDEOUT, V. *Food for Thought. Television Food Advertising to Children in the United States*. San Francisco: Kaiser Family Foundation, 2007.

2 Los productos alimenticios ultraprocesados son definidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como “Formulaciones industriales fabricadas con varios ingredientes. [...] [C]ontienen sustancias de la categoría de ingredientes culinarios como grasas, aceites, sal y azúcar. Los productos ultraprocesados se distinguen de los productos procesados por la presencia de otras sustancias extraídas de alimentos que no tienen ningún uso culinario común [...], de sustancias sintetizadas de constituyentes de alimentos [...], y de aditivos para modificar el color, el sabor, el gusto o la textura del producto final [...]”. En la fabricación de productos ultraprocesados se usan varias técnicas, entre ellas la extrusión, el moldeado y el preprocesamiento, combinado con la fritura. Algunos ejemplos son las bebidas gaseosas, los snacks de bolsa, los fideos instantáneos y los trozos de pollo empanados tipo ‘nuggets’”. OPS. *Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.: OPS, 2016, 26. Dentro de este modelo de perfil de nutrientes no se incluyen los alimentos y las bebidas para usos especiales, como los sucedáneos de la leche materna, los cuales están sujetos a otras regulaciones y por tanto tampoco hacen parte de este análisis.

3 MinSalud, DPS, ICBF, INS, ICBF, UNAL. *ENSIN 2015*. Bogotá, MinSalud, 2015.

4 OMS. *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra: OMS, 2010; OPS. *Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños en la región de las Américas*. Washington D.C.: OPS, 2011.

y a la capacidad económica⁵; en otros casos, las han calificado de desproporcionadas o insuficientes para combatir la obesidad infantil⁶, o incluso de ‘paternalistas’ porque consideran que imponen una forma de vida saludable a personas que deben ser ‘libres’ para poder escoger⁷. Además, han señalado que dichas medidas violan la libertad de expresión de las empresas en tanto que les impiden comunicar a sus clientes las propiedades de sus productos⁸. La industria ha demostrado ser muy efectiva en posicionar sus argumentos en escenarios políticos donde se debaten medidas de salud pública que puedan limitar su actividad empresarial, incluso, a pesar de la evidencia científica disponible que respalda estas medidas⁹.

Este artículo indaga entonces sobre la necesidad y legitimidad constitucional de las medidas que restringen la publicidad de productos ultraprocesados a la luz del derecho constitucional colombiano, particularmente en relación con los principios de prevención y precaución, así como sobre la jurisprudencia en materia de tabaco, la cual, por analogía, puede ser aplicada a este tema. Para el análisis constitucional se rastrearon los casos más relevantes en el buscador en texto de la Corte Constitucional y se aplicaron palabras clave que arrojaron un listado preliminar. Una lectura analítica de los hechos permitió decantar una lista más corta de las sentencias que sirven a este análisis. Otras sentencias fueron escogidas por conveniencia, en atención a su relevancia para el tema¹⁰.

5 RCN Radio. *División en el Congreso por posible IVA a las bebidas azucaradas*. 26 noviembre 2018. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/politica/division-en-el-congreso-por-posible-iva-las-bebidas-azucaradas>

6 La República. *Posible impuesto a las bebidas azucaradas es discriminatorio: Postobón*. 3 de julio de 2016. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/negocios/impuesto-a-gaseosas-en-colombia-postobon-responde-GF4502019>

7 The Telegraph. *Boris Johnson Aims To Put End to the ‘Nanny State’ and its ‘Sin Taxes’ on Food*. 3 julio 2019. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/politics/2019/07/02/boris-johnson-aims-put-end-nanny-state-sin-taxes-food/>

8 Este fue el argumento de la industria de bebidas azucaradas para detener una ley en San Francisco, California, que obligaba a los productores de estas bebidas a incluir advertencias sobre las consecuencias que el consumo de estos productos podía tener para la salud. Cfr. The Guardian. *San Francisco: Court Blocks Health Warnings on Soda Ads*. 31 de enero de 2019. Disponible en: <https://www.theguardian.com/us-news/2019/jan/31/san-francisco-soda-health-warning-law-blocked-appeals-court>

9 Véase, por ejemplo, el papel de la ANDI y FENALCO en la discusión sobre el impuesto a las bebidas azucaradas en Colombia, en DÍAZ-GARCÍA, J. et al. *Grupos de interés e impuesto al consumo de bebidas azucaradas en Colombia*. En *Lecturas de Economía*. N.º 93, 2020, 178-179.

10 Para el análisis sobre el principio de precaución se buscó la palabra ‘Principio de precaución’ AND ‘salud’, búsqueda que arrojó 90 recurrencias. Luego de un análisis de los hechos se decantó una lista corta de tres sentencias. Para el análisis de la jurisprudencia sobre tabaco se buscó por las palabras ‘tabaco’ AND ‘publicidad’, obteniendo un universo de 26 providencias. Luego de una lectura sobre los hechos se decantó una lista de las cuatro sentencias más relevantes. Para el análisis no se tuvieron en cuenta los autos, solo las sentencias. El estudio no pretende hacer una revisión sistemática de la jurisprudencia en estos temas, sino detectar las

El artículo se divide en dos partes. La primera está orientada a explicar por qué se necesita y cuál es la justificación de una restricción a la publicidad de estos productos desde la literatura científica. Esta sección explica la relación entre el consumo de productos ultraprocesados y la influencia de la publicidad en dicho consumo. Aquí también se presenta una justificación genérica a las restricciones de este tipo de publicidad con base en los principios de prevención y precaución. La segunda parte analiza la legitimidad y constitucionalidad de tres propuestas concretas de limitación a la publicidad discutidas en Colombia, y responde a los críticos que desestiman el fundamento de estas medidas a partir de un análisis del derecho constitucional colombiano. Para ello se hace referencia a la jurisprudencia de la Corte en materia de tabaco, así como a la jurisprudencia relevante en cada materia.

Con el fin de desarrollar estos objetivos y luego de esta breve introducción, la primera parte del artículo explica los factores que contribuyen a la obesidad y el deber de prevenirlos (1), para lo cual expone por qué el consumo de productos ultraprocesados es un factor de riesgo de sobrepeso y obesidad (1.1); cuál es la influencia que tiene la publicidad en el consumo de estos productos (1.2), y cómo juegan los principios de prevención y precaución en este debate de salud pública (1.3). La segunda parte del artículo analiza las restricciones a la publicidad de productos ultraprocesados (2), para lo cual expone el vacío normativo que rodea la publicidad de estos productos en Colombia, así como algunas de las propuestas que se discuten para regular su contenido (2.1). A partir de allí, el texto discute si dichas propuestas limitan la libertad económica (2.2); si son proporcionales o no de cara a la jurisprudencia vigente de la Corte en materia de tabaco (2.3); si corresponden o no a una práctica paternalista (2.4), y, por último, si violan el derecho a la libertad de expresión de las industrias que los producen (2.5). Al final se presentan algunas conclusiones.

1. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA OBESIDAD Y DEBER ESTATAL DE PREVENIRLOS

¿Qué tiene que ver la publicidad de un producto ultraprocesado con la epidemia de obesidad y sobrepeso en niños y niñas? Esta relación es clara en la literatura científica, pero nada obvia en el debate legal. La presente sección explica entonces la relación que conecta la publicidad de productos comestibles y bebibles con el aumento de peso en esta población; y cómo los principios de prevención y precaución pueden ser útiles para derivar un deber general del Estado en estos temas.

líneas más gruesas de análisis a fin de dar una interpretación constitucional sobre la pregunta que se plantea.

1.1. El consumo de productos ultraprocesados como factor de riesgo de sobrepeso y obesidad

La obesidad es el resultado de múltiples factores individuales, familiares y comunitarios que derivan del ambiente social, económico y cultural¹¹. Sin embargo, el consumo de productos ultraprocesados ha demostrado ser uno de los factores de riesgo de obesidad y sobrepeso, los cuales son, a su vez, condiciones que incrementan el riesgo de contraer diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, caries y otras enfermedades tanto en niños como en adultos¹². Estudios recientes han encontrado además una relación entre el consumo de productos ultraprocesados y el aumento en el riesgo de muerte prematura¹³. Para 2017, las muertes atribuidas a riesgos dietarios fueron la segunda causa de muerte en Colombia¹⁴. Se calcula que de cada 100.000 muertes, 1.687 están relacionadas con dichos riesgos¹⁵.

La obesidad infantil, por su parte, se encuentra asociada a discapacidad, muerte prematura en edad adulta, así como múltiples enfermedades no transmisibles. Los niños obesos sufren con mayor frecuencia de dificultades respiratorias, riesgo de fracturas, hipertensión, mayor riesgo de cardiopatías, resistencia a la insulina y efectos psicológicos¹⁶. De acuerdo a las cifras de la ENSIN, la prevalencia de exceso de peso en menores de 18 años, entre 2005 y 2015, se ha incrementado en un 70%¹⁷. Dicho aumento está asociado al consumo frecuente de productos ultraprocesados y a la disminución de la actividad física. Según esta misma encuesta, el 88,8% de los niños entre 5 a 12 años

11 GARRY, E. y BOYD, S., *An Ecological Approach to the Obesity Pandemic*. En *British Medical Journal*. Vol. 315, 1997.

12 QUTTEINA, Y., DE BACKER, C. y SMITS, T. *Media Food Marketing and Eating Outcomes Among Pre-Adolescents and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis*. En *Obesity Reviews*. Vol. 20, n.º 12, 2019; SMITH, R., KELLY, B., YEATMAN, H. y BOYLAND, E. *Food Marketing Influences Children's Attitudes, Preferences and Consumption: A Systematic Critical Review*. En *Nutrients*. Vol. 11, n.º 4, 2019; HUANG, C., HUANG, J., TIAN, Y., YANG, X. y GU, D. *Sugar Sweetened Beverages Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-analysis of Prospective Studies*. En *Atherosclerosis*. Vol. 243, n.º 1, 2014; MALIK, V., PAN, A., WILLETT, W. y HU, F. *Sugar-sweetened Beverages and Weight Gain in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. En *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 98, n.º 4, 2013.

13 Cfr. RICO-CAMPÀ, A., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M., ÁLVAREZ-ÁLVAREZ, I., MENDONÇA, R., DE LA FUENTE-ARRILLAGA, C., GÓMEZ-DONOSO, C. et al. *Association between Consumption of Ultra-processed Foods and All Cause Mortality: SUN Prospective Cohort Study*. En *BMJ*. Vol. 365, 2019; MULLEE, A. et al. *Association between Soft Drink Consumption and Mortality in 10 European Countries*. En *JAMA Internal Medicine*. Vol. 179, n.º 11, 2019.

14 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) y University of Washington. *GBD Compare*. 2015. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

15 *Ibíd.*

16 OMS. *Datos y cifras sobre obesidad*. Disponible en: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>; VALLEJO, P. et al. *La obesidad infantil: una amenaza silenciosa*. Bogotá: MinSalud, junio, 2019.

17 *Ibíd.*

consumieron golosinas o dulces 0,9 veces al día, y el 81,8% consumieron gaseosas 0,5 veces al día o 3,5 veces por semana¹⁸. En niños y adolescentes entre 13 y 18 años este consumo es mayor. En efecto, el 85,5% consumieron golosinas o dulces 1 vez al día, y el 85,4% consumieron gaseosas 0,7 veces al día¹⁹. Estas cifras justifican que el Estado tome medidas de prevención que desestimulen el consumo de ultraprocesados al tiempo que incentiva el consumo de alimentos saludables.

1.2. Influencia de la publicidad en el consumo de productos ultraprocesados por parte de niños y niñas

La promoción y publicidad de ultraprocesados influye de manera significativa en los patrones de consumo de las personas que perciben dicha publicidad. Diversos estudios han mostrado que la promoción y publicidad de estos productos influye desproporcionadamente en las preferencias, solicitudes de compra y consumo, particularmente, de niños y niñas²⁰, incentivando el consumo de ultraprocesados con altos contenidos de grasa, sodio y azúcares adicionados, y con bajo contenido nutricional²¹. Aunque todavía no existen estudios para América Latina o Colombia que expliquen la relación entre la publicidad de ultraprocesados en televisión y el incremento de la obesidad en niños²², la evidencia más general sugiere que la exposición a la publicidad de estos productos está relacionada con un mayor incremento calórico y obesidad infantil²³.

El principal problema con la publicidad de estos productos dirigida a menores de edad es que, a diferencia de los adultos, estos no cuentan con el desarrollo cognitivo suficiente para distinguir entre la información real y la

18 MinSalud, DPS, ICBF, INS, ICBF y UNAL. *ENSIN 2015*, cit., 186.

19 *Ibíd.*, 200.

20 MCGINNIS, J. M. *Food Marketing to Children and Youth: Treat or Opportunity?* Washington, D.C.: The National Academies Press, 2006; MALLARINO, C. *Advertising of Ultra-processed Foods and Beverages: Children as a Vulnerable Population*. En *Revista de Saúde Pública*. Vol. 47, n.º 5, 2013, 1007; HARRIS, J. L. *The Food Marketing Defense Model: Integrating Psychological Research to Protect Youth and Inform Public Policy*. En *Social Issues and Policy Review*. Vol. 3, n.º 1, 2009, 4.

21 MCGINNIS, J. M. *Food Marketing to Children and Youth: Treat or Opportunity?*, cit., 8.

22 CHEMAS, M. GÓMEZ, L. y MORA, M. *Scoping Review of Studies on Food Marketing in Latin America: Summary of Existing Evidence and Research Gaps*. En *Revista de Saúde Pública*. Vol. 53, n.º 10, 2019, 12.

23 ANDREYEVA, T., KELLY, I. R. y HARRIS, J. L. *Exposure to Food Advertising on Television: Associations with Children's Fast Food and Soft Drinks Consumption and Obesity*. En *Econ. Hum. Biol.* Vol. 9, n.º 3, 2011; CORVALÁN, C., GARMENDIA, M. L., JONES-SMITH, J., LUTTER, C. K., MIRANDA J. J., PEDRAZA L. L. et al. *Nutrition Status of Children in Latin America*. En *Obes. Rev.* Vol. 18, n.º 2, 2017.

publicidad, por lo que son altamente influenciables²⁴. Las investigaciones sobre el desarrollo de los menores confirman que, si bien desde los 8 años los niños tienen la habilidad cognitiva para entender el intento de venta de un producto, solo después de los 11 años desarrollan las habilidades cognitivas para entender qué es la publicidad y protegerse de sus mensajes²⁵. Este descubrimiento ha sido clave para señalar que la publicidad dirigida a niños y niñas, particularmente aquellos menores de 12 años, es inherentemente engañosa²⁶. En efecto, se trata de una información orientada a una población que no está facultada para comprender la intención comercial del mensaje sino que da una interpretación literal al contenido del mismo²⁷.

Por otra parte, la exposición de niños y niñas a este tipo de publicidad contribuye a la creación de malos hábitos alimentarios que pueden incluso persistir cuando llegan a la edad adulta. Estudios han encontrado que niños de 2 años reconocen logos de marcas de paquetes en productos²⁸, y niños de 5 años recuerdan marcas vistas en televisión²⁹. Esto puede llevar a que los niños desarrollen preferencias por determinadas marcas, preferencias que pueden llegar hasta la adolescencia y la adultez.

En cuanto a los medios o canales más frecuentes de publicidad de estos productos, la televisión es el más popular. La televisión influye fuertemente en la obesidad infantil en tanto que, al corresponder a una actividad sedentaria, se relaciona con bajos niveles de actividad física, al tiempo que aumenta el consumo de productos con alto contenido calórico. Adicionalmente, la exposición a esta publicidad incrementa la posibilidad de que los niños intenten comprar estos productos o los demanden de sus padres³⁰. En América Latina la mayoría de los productos comestibles y bebibles que se publicitan en te-

24 MCGINNIS, J. M. *Food Marketing to Children and Youth: Treat or Opportunity?*, cit., 8-9; JOHN, D. *Consumer Socialization of Children: A Retrospective Look at Twenty Years of Research*. En *Journal of Consumers Research*. Vol. 26, 1999, 183-213.

25 HARRIS J. L., BROWNELL, K. D. y BARGH, J. A. *The Food Marketing Defense Model: Integrating Psychological Research to Protect Youth and Inform Public Policy*. En *Soc. Issues Policy Rev.* Vol. 3, n.º 1, 2009; CARTER, O. B. J., PATTERSON, L. J., DONOVAN, R. J., EWING, M. T. y ROBERTS, C. M. *Children's Understanding of the Selling versus Persuasive Intent of Junk Food Advertising: Implications for Regulation*. En *Soc. Sci. Med.* Vol. 72, n.º 6, 2011.

26 Cfr. el informe de la Federal Trade Commission de los Estados Unidos, quien desde 1978 ha sostenido un argumento en este sentido: *Federal Register*. Vol. 46. Reg. 48710, 2 de octubre de 1981. Para un análisis de este argumento, cfr. POMERANZ, J. *Food Law for Public Health*. Oxford, 2016, 148.

27 Cfr. CARTER, O. B. J., PATTERSON, L. J., DONOVAN, R. J., EWING, M. T., ROBERTS, C. M. *Children's Understanding of the Selling versus Persuasive Intent of Junk Food Advertising: Implications for Regulation*, cit.

28 VALKENBURG, P. M. y BUIJZEN, M. *Identifying Determinants of Young Children's Brand Awareness: Television, Parents, and Peers*. En *J. Appl. Dev. Psychol.* Vol. 26, n.º 4, 2005.

29 MACKLIN, M. C. *Preschoolers' Learning of Brand Names from Visual Cues*. *J. Consum. Res.* Vol. 23, n.º 3, 1996.

30 AKTAS ARNAS, Y. *The Effects of Television Food Advertisement on Children's Food Purchasing Requests*. En *Pediatr. Int.* Vol. 48, 2006.

levisión son ultraprocesados y tienen un bajo contenido nutricional, incluso peor que el ofertado para adultos³¹. Algo similar ocurre en Colombia, donde un estudio mostró que el 89.3% de los mensajes publicitarios que se transmiten en televisión corresponden a productos altos en grasa, sal o azúcar³². Esto es particularmente preocupante si se tiene en cuenta que, en el país, casi siete de cada diez niños entre 6 y 12 años permanecen más de dos horas diarias frente a una pantalla³³. Estudios también han mostrado que el incremento de la actividad laboral de los padres y la ausencia de condiciones de seguridad o espacios de juego hacen que se incremente la exposición de los niños a la televisión³⁴, situación que sin duda se agrava en momentos de emergencia sanitaria que obligan al cierre de las escuelas. Toda esta evidencia refuerza la necesidad de establecer medidas que reduzcan la exposición de los niños a la publicidad de estos productos.

Otro medio frecuente de publicidad es el internet, con el uso de estrategias digitales de marketing³⁵. Estas estrategias son preocupantes si se tiene en cuenta el uso frecuente de celulares, tabletas y otros dispositivos por parte de menores de edad, cada vez a edades más tempranas y sin la supervisión de adultos. Sin embargo, la forma en que este tipo de publicidad opera y la influencia que tiene en las decisiones de compra son fenómenos que aún están pendientes de ser comprendidos en su totalidad. Con frecuencia los desarrollos tecnológicos en los que opera este tipo de publicidad van por delante de los estudios de comportamiento que puedan explicar su impacto, aunque cada vez son más frecuentes los estudios que muestran que estas formas de publicidad influyen en los hábitos alimenticios y el estado de salud de niños y niñas a mediano y largo plazo³⁶.

31 CHEMAS, M., GOMEZ, L. y MORA, M. *Scoping Review of Studies on Food Marketing in Latin America: Summary of Existing Evidence and Research Gaps*, cit., 12.

32 VELÁSQUEZ, A., MORA-PLAZAS, M., GÓMEZ, F., TAILLIE, L. y DILLMAN, F. *Extent and Nutritional Quality of Foods and Beverages to which Children Are Exposed in Colombian TV Food Advertising*. En *Public Health Nutrition*. 2020.

33 MinSalud, DPS, ICBF, INS y UNAL. *ENSIV 2015*, cit., Infografía 5.

34 HARRIS, J. L., BARGH, J. A. y BROWNELL, K. D. *Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behaviour*. En *Health Psychol.* Vol. 28, 2009.

35 BOYLAND, E., THIVEL, D., MAZUR, A., RING-DIMITRIOU, S., FRELUT, M. L. y WEGHUBER, D. *Digital Food Marketing to Young People: A Substantial Public Health Challenge*. En *Annals of Nutrition and Metabolism*. Vol. 76, n.º 1, 2020; POTVIN KENT, M., PAUZÉ, E., ROY, E. A., DE BILLY, N. y CZOLI, C. *Children and Adolescents' Exposure to Food and Beverage Marketing in Social Media Apps*. En *Pediatr. Obes.* Vol. 14, n.º 6, 2019; BUCHANAN, L., KELLY, B., YEATMAN, H. y KARIIP-PANON, K. *The Effects of Digital Marketing of Unhealthy Commodities on Young People: A Systematic Review*. En *Nutrients*. Vol. 10, n.º 2, 2018; BALDWIN, H. J., FREEMAN, B., KELLY, B. *Like and Share: Associations between Social Media Engagement and Dietary Choices in Children*. En *Public Health Nutr.* Vol. 21, n.º 17, 2018.

36 TAYLOR-GOLDEN, M. y GARDE, A. *Digital Food Marketing to Children: exploitation, Surveillance and Rights Violations*. En *Global Food Security*. Vol 27, 2020; FORDE, H. et al. *The Relationship between Self-report Exposure to Sugar Sweetened Beverage Promotions and Intake: Cross-Sectional Analysis of the 2017 International Food Policy Study*. En *Nutrients*. Vol. 11,

Otros medios de publicidad, como la que opera en escuelas y otros lugares frecuentemente visitados por niños (guarderías, parques infantiles, centros de juegos en centros comerciales, etc.), son particularmente riesgosos si se tiene en cuenta que estos sitios se asumen como lugares seguros por parte de padres y cuidadores. Igualmente, el uso de personajes animados que buscan crear una relación emocional con los niños y estimular así la lealtad a una marca³⁷, o la utilización de promociones, juegos y objetos coleccionables con el fin de promover compras, así como el recurso a ‘influencers’³⁸, o el patrocinio de eventos deportivos y musicales dirigidos a niños, son estrategias comunes de marketing de estos productos. La evidencia para comprender cómo operan dichos medios y estrategias en el comportamiento de niños y niñas se encuentra todavía en desarrollo; sin embargo, cada vez es más claro que estas formas de publicidad influyen en los hábitos alimenticios y el estado de salud de niños y niñas a mediano y largo plazo.

Por eso, con el fin de contrarrestar el influjo excesivo que tiene la publicidad de la industria alimentaria en las decisiones de consumo, la OMS y la OPS han recomendado a los países tomar medidas para restringir la promoción y publicidad de ultraprocesados dirigida a niños y niñas³⁹. En particular, la OMS ha hecho un llamado a los Estados para que establezcan políticas orientadas a “reducir el impacto que tiene sobre los niños la promoción de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos de tipo trans, azúcares libres o sal”⁴⁰. En el mismo sentido, la OPS ha recomendado que “el objetivo de la política debe ser reducir la exposición de los niños a la promoción de los alimentos con alto contenido de grasas, azúcares o sal, a fin de proteger y promover su

n.º 12, 2019; BUCHANAN, L., KELLY, B., YEATMAN, H. y KARIIP-PANON, K. *The Effects of Digital Marketing of Unhealthy Commodities on Young People: A Systematic Review*. En *Nutrients*. Vol. 10, n.º 2, 2018; BALDWIN, H. J., FREEMAN, B. y KELLY, B. *Like and Share: Associations between Social Media Engagement and Dietary Choices in Children*. En *Public Health Nutr.* Vol. 21, n.º 17, 2018.

37 ROBERTO, C. A., BAIK, J., HARRIS, J. L. y BROWNELL, K. D. *Influence of Licensed Characters on Children’s Taste and Snack Preferences*. En *Pediatrics*. Vol. 126, n.º 1, 2010.

38 COATES, A. E., HARDMAN, C. A., HALFORD, J. C., CHRISTIANSEN, P. y BOYLAND, E. J. *The Effect of Influencer Marketing of Food and a “Protective” Advertising Disclosure on Children’s Food Intake*. En *Pediatr. Obes.* Vol. 14, n.º 10, 2019; COATES, A. E., HARDMAN C. A., HALFORD, J. C., CHRISTIANSEN, P. y BOYLAND, E. J. *Social Media Influencer Marketing and Children’s Food Intake: A Randomized Trial*. En *Pediatrics*. Vol. 143, n.º 4, 2019.

39 OMS. *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra: OMS, 2010; OPS. *Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños en la región de las Américas*. Washington D.C.: OPS, 2011.

40 OMS. *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra: OMS, 2010, 8; esta recomendación también fue incluida en WHO. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*. 2013.

salud”⁴¹. Otros informes más recientes también han hecho un llamado para proteger a los niños de las prácticas publicitarias de la industria y garantizar así sus derechos⁴². En Colombia, un análisis del Ministerio de Salud señaló que la restricción total de la publicidad tendría un efecto estimado del 2,7% en la reducción de la prevalencia de exceso de peso en menores de 18 años. Si la restricción fuera parcial, la reducción en exceso de peso para esta población sería de, apenas, el 1.40%⁴³.

1.3. Los principios de prevención y precaución en materia de salud y su aplicación en el debate sobre las restricciones a la publicidad de ultraprocesados

El principio de prevención en salud está ampliamente reconocido en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDESC) que en su artículo 12 establece: “Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para [...] c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”⁴⁴. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante “el Comité”), en su Observación General n.º 12, señaló que dicho artículo exige “que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento”⁴⁵. Aunque el Comité no hace mención a la obesidad y el sobrepeso, estos han sido llamadas por la OMS como una “epidemia global”⁴⁶. Estos, además, tienen un componente comportamental, cual es el consumo excesivo de productos comestibles no saludables, dentro de los factores de

41 OMS. *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra: OMS, 2010, 9.

42 CLARK, H. et al. *A Future for the World's Children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission*. En *The Lancet*. Vol. 395, n.º 10224, 2020; GARDE, A. et al. *A Child Rights Based Approach to Food Marketing: A Guide for Policy Makers*. Unicef, 2018. Disponible en: <https://www.unscn.org/en/news-events/recent-news?idnews=1839>

43 VALLEJO, P. et al. *La obesidad infantil: una amenaza silenciosa*. Bogotá: MinSalud, junio, 2019.

44 ONU, Asamblea General. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966*. Naciones Unidas, Serie de Tratados, vol. 993, 3.

45 ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), *Observación general n.º 12: El derecho a una alimentación adecuada (artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. 12 de mayo de 1999.

46 Cfr., por ejemplo, OMS. *Julio 2015: Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria – Estudio*. 2015. Disponible en: <https://www.who.int/bulletin/releases/NFM0715/es/>; VANDEVIJVERE, S. et al. *Increased Food Energy Supply as a Major Driver of the Obesity Epidemic: A Global Analysis*. En *Bull. World Health Organ.* Vol. 93, n.º 7, 2015.

riesgo que los hacen susceptibles de los programas de prevención y educación a los que se refiere el Comité.

Por otro lado, el Comité también señaló que dentro de dichas medidas deben incluirse aquellas que “promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género”. Por su parte, la literatura especializada ha señalado que el mercadeo es uno de los canales por medio de los cuales las industrias de productos no saludables influyen en el comportamiento de los consumidores, constituyéndose así en un determinante comercial de la salud⁴⁷. Si la exposición por parte de niños y niñas a la publicidad de ciertos productos es un factor que influye negativamente en su salud, esta debería ser entonces objeto de medidas de prevención.

En Colombia, la Corte Constitucional ha señalado que el principio de prevención, original del derecho ambiental, aplica en aquellos casos en que es posible conocer las consecuencias que un proyecto o actividad tienen sobre el medio ambiente, la salud u otro factor relevante, de manera que las autoridades pueden tomar decisiones antes de que el riesgo o el daño se produzca⁴⁸. En tanto la evidencia que relaciona el consumo de ultraprocesados como un factor de riesgo de sobrepeso y obesidad es concluyente, es posible afirmar que existe un interés legítimo de las autoridades en tomar medidas que traten de reducir el consumo de dichos productos con el objetivo de prevenir el sobrepeso y/o la obesidad. Este principio sería clave para fundamentar por qué las autoridades deberían tomar medidas para limitar la publicidad en televisión de ultraprocesados dirigida a niños y niñas, teniendo en cuenta el cúmulo de evidencia que sustenta la relación entre este tipo de publicidad y la creación de hábitos no saludables. Esto sería aplicable incluso a la publicidad digital, si se toma en cuenta la creciente evidencia que muestra que este tipo de publicidad podría tener mayor impacto que la publicidad en televisión. Por ejemplo, algunas empresas han reportado que el retorno en inversión en publicidad digital es cuatro veces mayor que el de la publicidad televisada.

Entre tanto, el principio de precaución, propio del derecho medioambiental, aplica en aquellos casos en los que no es posible conocer las consecuencias de cierta actividad pero se tiene un conocimiento al menos indiciario del mismo. Este principio habilita a las autoridades a tomar medidas que eviten o minimicen el riesgo o el daño. Así lo estableció el principio n.º 15 de la Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo⁴⁹. Es

47 KICKBUSCH, I. *et al.* The Commercial Determinants of Health. En *The Lancet Global Health*. Vol. 4, n.1 12, 2016, 895-896.

48 Corte Constitucional, Sala Plena de Revisión. Sentencia C-449 de 2015. M.P.: Jorge Iván Palacio Palacio. Exp. D-10547, num. 6.3.

49 Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo. 1992.

importante aclarar que la aplicación de este principio no se reduce a temas medioambientales, sino que también ha sido usado para evitar daños a la salud producidos por riesgos medioambientales o de otro tipo⁵⁰. Por ejemplo, en varias sentencias la Corte Constitucional ha protegido los derechos a la salud de menores de edad que viven o estudian cerca de antenas de telefonía móvil. En estos casos, la Corte ha tenido en cuenta que la OMS ha señalado la exposición a estas antenas como “posiblemente carcinógena a los humanos” para ordenar el desmonte de las mismas y la regulación de su localización por parte de las autoridades⁵¹.

Hasta ahora el principio de precaución no ha sido usado para proteger a los niños y niñas de los efectos dañinos de la publicidad en sus decisiones de consumo. Sin embargo, incluso si se asumiera que la evidencia que relaciona la publicidad digital con el consumo de productos alimenticios y bebidas ultraprocesados no es concluyente, este principio permitiría justificar la toma de acciones por parte de las autoridades. En efecto, un informe elaborado por la OMS, Unicef y Lancet ha propuesto la aplicación de este principio para justificar la toma de medidas precautorias por parte de las autoridades en materia de publicidad de ultraprocesados dirigida a niños y niñas⁵². La razón principal es que, dado el rápido desarrollo de la tecnología y las formas de publicidad que sobre ellos se desarrolla, esta población está constantemente expuesta al influjo publicitario, mientras que la evidencia científica sobre sus efectos en el comportamiento y la salud de los menores se encuentra en proceso de consolidación⁵³.

La aplicación del principio de precaución permitiría, en el caso de la publicidad digital, invertir la carga de la prueba, de manera que no sea el sujeto del daño (*i.e.*, los niños o sus padres) quien deba probar la existencia del mismo, sino que, una vez verificado el posible riesgo o la exposición a un daño, corresponda a los causantes de estos últimos (*i.e.*, industria de alimentos

50 En la Sentencia T-1077 de 2012 dijo la Corte: “Esta decisión evidencia que, tanto la norma como la jurisprudencia constitucional, reconocen la posibilidad de aplicar el principio de precaución, para proteger la salud de las personas”. Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión. Sentencia T-1077 de 2012. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Exp. T-3.286.371, num. 2.2.4.2.2.

51 Cfr. Sentencia T-104 de 2012, en donde la Corte protegió el derecho a la salud de unos niños que acudían a un colegio rodeado de siete antenas parabólicas las cuales, de acuerdo a un informe de la OMS, podrían generar “un incremento de daño en el ADN, cambios en la actividad eléctrica del cerebro, descenso de los niveles de melatonina, depresión, dolor de cabeza, afecciones del sistema inmunológico, cáncer y leucemia infantil”. Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. Sentencia T-104 de 2012. M.P.: Nilson Pinilla Pinilla. Exp. T-3228384. Otro caso similar puede verse en la ya citada Sentencia T-1077 de 2012, donde la Corte tuvo en cuenta varias declaraciones científicas que clasificaban los campos electromagnéticos de radiofrecuencia como “posiblemente carcinógenos”.

52 CLARK, H. *et al.* *A Future for the World's Children?*, cit., 634.

53 *Ibid.*

y bebidas) probar que dicho daño no existe⁵⁴. La aplicación de este principio en Colombia permitiría justificar medidas que restrinjan la publicidad digital de ultraprocesados a niños y niñas en caso de ser adoptadas.

2. ANÁLISIS DE LAS RESTRICCIONES A LA PUBLICIDAD DE ULTRAPROCESADOS PROPUESTAS EN COLOMBIA

Una vez establecido que los Estados tienen un deber de hacer algo para detener la influencia de la publicidad de estos productos, vale la pena evaluar si las propuestas discutidas en Colombia son constitucionalmente legítimas o si los críticos de dichas medidas tienen razón en sus reclamos. Esta sección explica, entonces, cuáles son las medidas de política pública que con mayor frecuencia se discuten a nivel nacional para limitar la publicidad de productos comestibles y bebibles no saludables, para luego pasar a analizar si dichas propuestas son legítimas a la luz de la jurisprudencia constitucional colombiana.

2.1. Ausencia de un marco normativo en la publicidad de ultraprocesados en Colombia e iniciativas de regulación

A diferencia de otros productos no saludables, como el tabaco, cuya limitación en su promoción, venta y consumo se encuentra claramente establecida en un tratado internacional⁵⁵, en el caso de los ultraprocesados las recomendaciones existentes se han concentrado en documentos técnicos de la OMS, sin que exista todavía un convenio marco o tratado internacional que unifique las recomendaciones en este tema, así como tampoco un modelo de legislación para la región.

Aunque varios expertos y académicos internacionales han recomendado la creación de un convenio marco en sistemas alimentarios, similar al que opera ya en materia de tabaco, con el fin de promover un sistema alimentario que promueva la salud, la equidad, la sostenibilidad ambiental y la prosperidad económicas⁵⁶; o bien el desarrollo de instrumentos internacionales que regulen las actividades corporativas en materia de obesidad y salud global por parte de las Naciones Unidas⁵⁷, o incluso la adopción de un protocolo

54 Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-595 de 27 de julio de 2010. M.P.: Jorge Iván Palacio Palacio. Exp. D-7977. Cfr., también, CLARK, H. *et al.* *A Future for the World's Children?*, cit., 634.

55 OMS. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. 2003. Disponible en: https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_ftc_spanish.pdf

56 Cfr., entre otros, SWINBURN, B. *et al.* *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report*. En *The Lancet*. Vol. 393, n.º 10173, 2019; CLARK, H. *et al.* *A Future for the World's Children?*, cit.

57 PATTERSON, D. *et al.* *Identifying a Human Rights-based Approach to Obesity for States and Civil Society*. En *Obesity Reviews Suppl.* Vol. 20, n.º 2, 2019.

facultativo a la Convención de los Derechos del Niño,⁵⁸ dichas propuestas aún se encuentra en el papel.

Este vacío normativo a nivel internacional ha sido parcialmente cubierto a través de la expedición de normas nacionales en materia de restricciones a la publicidad de alimentos. Para el año 2017, al menos 67 países habían implementado políticas restrictivas del marketing de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigido a niños y niñas. De estas, al menos 45 eran medidas obligatorias instauradas legislativamente⁵⁹.

En América Latina distintos países han tomado medidas legislativas en el mismo sentido. En Brasil, dirigir cualquier tipo de publicidad o marketing a un niño, con intención de persuadirlo para que consuma cualquier producto o servicio mediante la utilización de lenguaje infantil, canciones infantiles, representaciones de niño, personajes o celebridades, diseños animados, muñecos, promociones con distribución de premios, regalos coleccionables, promociones con competiciones o juegos, etc., es considerado abusivo⁶⁰. En Perú, la publicidad dirigida a menores de 16 años no puede incentivar el consumo de alimentos y bebidas con grasas trans, o altos en azúcar, sodio o grasas saturadas, usar argumentos o técnicas que exploten la ingenuidad de los niños, promover la entrega de regalos, premios u otros beneficios, utilizar testimonios de personajes reales o ficticios, conocidos o admirados por los niños, entre otros⁶¹. En México, la publicidad de bebidas azucaradas, bebidas saborizadas, confitería y chocolates no puede ser emitida por televisión abierta o cable en horario infantil⁶². En Chile, la publicidad de los productos altos en calorías, azúcar, sodio o grasas no puede ser dirigida a niños menores de 7 años, y en ningún caso pueden utilizarse juguetes, accesorios, adhesivos, incentivos u otros ganchos comerciales⁶³.

En Colombia, sin embargo, no existe todavía un marco normativo que establezca restricciones a la publicidad de productos comestibles altos en grasa, sal o azúcares, pese a que la Ley 1355 de 2009, o “Ley de Obesidad”, establece que el Ministerio de Protección Social, hoy Ministerio de Salud,

58 CLARK, H. *et al.* *A Future for the World's Children?*, cit.

59 WHO. *Taking Action on Childhood Obesity*. 2018, 4. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/taking-action-childhood-obesity-report/en/>

60 Conanda. Resolução nº 163/2014. 14 de marzo de 2014. Artículo 2. Disponible en: http://www.procon.sp.gov.br/pdf/resolucao_conanda_163.pdf

61 Comisión de Defensa del Consumidor y Organismos Reguladores de los Servicios Públicos. Ley de Promoción de la Alimentación Saludables para Niños, Niñas y Adolescentes. 2 de mayo de 2013. Artículo 8. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/0/82e1040a02bf433b05257b5f00806e46/\\$FILE/TS00774020513.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/0/82e1040a02bf433b05257b5f00806e46/$FILE/TS00774020513.pdf)

62 México. Gobierno de la República de México. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 2013, 82. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf

63 Chile. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Ley 20.606. 2012. Artículo 7. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

tiene el deber de regular, vigilar y controlar la publicidad de los alimentos y bebidas con el objeto de proteger especialmente a la primera infancia y la adolescencia⁶⁴.

Hasta ahora, la única protección que establece el legislador es en torno a la publicidad engañosa. Sin embargo, este estándar no solo es insuficiente para la adecuada protección de niños y niñas, sino que además ha sido insuficientemente implementado por parte de los órganos de vigilancia⁶⁵.

Aunque el Congreso es el actor original llamado a completar este vacío, a la fecha, varios intentos de regulación han sido impulsados por parte de la sociedad civil, sin que hasta ahora hayan logrado superar los primeros debates. Los intentos por impulsar una ley que regule la publicidad de estos productos han sido desechados debido al fuerte lobby de la industria de bebidas gaseosas⁶⁶. Otros informes han alertado también sobre la financiación de ciertos partidos y campañas políticas con donaciones de la industria de alimentos y bebidas, lo que dificulta que exista una auténtica voluntad política en estos temas⁶⁷. En la forma en que la industria de alimentos busca detener las propuestas regulatorias que le afectan también existen paralelismos entre las tácticas usadas por la industria de alimentos y bebidas y la industria tabacalera, la cual, en efecto, ha usado el lobby agresivo, la fabricación de evidencia y la financiación de campañas políticas, entre otras estrategias para desviar el debate público⁶⁸.

En general, los proyectos presentados se distinguen por incluir tres características: (i) una restricción a la publicidad de productos comestibles y bebibles en ciertos canales y franjas de horarios; (ii) la prohibición del uso de

64 Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 1355 de 2009, artículo 12.

65 GUARNIZO, D. *Sin reglas ni controles. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad*. Bogotá: Dejusticia, 2017, 14-15.

66 MIALON, M. et al. *I Had Never Seen So Many Lobbyists': Food Industry Political Practices During the Development of a New Nutrition Front-of-Pack Labelling System in Colombia*. En *Public Health Nutrition*. 2020; La Liga contra el Silencio. *El 'agridulce' imperio del lobby en el Congreso de Colombia*. 22 de agosto de 2018. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/lobby-azucar/>; cfr., también, La Liga contra el Silencio. *Así fue el lobby en el Congreso contra la ley de etiquetado*. 11 de julio de 2019. Disponible en: <https://ligacontraelsilencio.com/2019/07/11/asi-fue-el-lobby-en-el-congreso-contra-la-ley-de-etiquetado/>

67 La Liga contra el Silencio. *Donaciones dulces aceitan la política en Colombia*. 29 de agosto de 2019. Disponible en: <https://ligacontraelsilencio.com/2019/08/29/donaciones-dulces-aceitan-la-politica-en-colombia/>

68 OPS y OMS. *Interferencia de la industria tabacalera. Un resumen mundial*. 2012. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/NTD-brochure-spa.pdf>; CAPEWELL, S. y LLOYD-WILLIAMS, F. *The Role of the Food Industry in Health: Lessons from Tobacco?* En *British Medical Bulletin*. Vol. 125, n.º 1, 2018.; BROWNELL, K. D. y WARNER, K. E. *The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar Is Big Food?* En *The Milbank Quarterly*. Vol. 87, n.º 1, 2009.

caracteres, personajes, promociones, regalos y otras formas publicitarias, y (iii) la prohibición de promocionar dichos productos en escuelas y colegios⁶⁹.

En los siguientes apartes se analizará la constitucionalidad de estas propuestas desde el marco constitucional, intentando así dar respuesta a los planteamientos recurrentes de los críticos de estas medidas. Dado que hasta ahora la Corte Constitucional no se ha pronunciado sobre la legitimidad de medidas restrictivas a la publicidad de productos comestibles no saludables, se hará referencia a la jurisprudencia constitucional en materia de tabaco, en atención a su aplicación por analogía. En efecto, al tratarse en ambos casos de productos no saludables, con estrategias publicitarias directamente diseñadas para influir a niños y niñas, y con tácticas corporativas de disuasión regulatoria similares, los criterios de ponderación usados por la Corte en materia de tabaco pueden ser útiles para el análisis constitucional de las restricciones de estos productos comestibles y bebibles.

2.2. *¿Es posible restringir la libertad económica en aras de proteger la salud pública?*

Con frecuencia, la industria de alimentos y bebidas ha argumentado que las normas que buscan regular la publicidad y el etiquetado de los productos que comercializan impactan en la competitividad de sus industrias y vulneran la libertad económica y de empresa⁷⁰. En relación con este principio, la Corte Constitucional ha recalcado su importancia para la actividad económica y los bienes que de ella se derivan (creación de empleo, pago de impuestos, desarrollo económico, etc.); sin embargo, ha precisado que no se trata de un derecho ilimitado, como no lo es ningún derecho en el ordenamiento constitucional: al contrario, puede ser restringido de acuerdo a criterios de razonabilidad y proporcionalidad⁷¹.

69 Colombia. Cámara de Representantes. Proyecto de Ley 167 de 2019. Por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir Enfermedades No Transmisibles y se adoptan otras disposiciones.

70 El Tiempo. *AmCham, Fenalco y Andi reiteran oposición a cambios en etiquetado*. 19 de junio de 2019. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/empresas/los-reclamos-de-los-gremios-sobre-etiquetado-377822>

71 Sostuvo la corporación que “en reiterada jurisprudencia la Corte se ha encargado de señalar los límites constitucionales que se imponen a la hora de intervenir la actividad económica de los particulares en aras del interés general. Al respecto, ha indicado que tal intervención: i) necesariamente debe llevarse a cabo por ministerio de la ley; ii) no puede afectar el núcleo esencial de la libertad de empresa; iii) debe obedecer a motivos adecuados y suficientes que justifiquen la limitación de la referida garantía; iv) debe obedecer al principio de solidaridad; y v) debe responder a criterios de razonabilidad y proporcionalidad”. Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-615 de 2002. M.P.: Marco Gerardo Monroy Cabra. Exp. D-3881. Reiterada en Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-830 de 2010. M.P.: Luis Ernesto Vargas Silva. Exp. D-8096.

Este criterio fue ratificado en la Sentencia C-665 de 2007, que estudió la Ley 1109 de 2006 y que ratificó en Colombia el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT). En esta sentencia, paradigmática acerca de las medidas de salud pública que puede ejercer el Estado para desincentivar un consumo no saludable, la Corte mantuvo el criterio según el cual las restricciones a la iniciativa privada y la publicidad son legítimas en aras de proteger un objetivo constitucionalmente válido como es el bien común, la salud, el medio ambiente, la seguridad y los derechos de los niños. A propósito de las medidas incluidas en la ley que limitaban la promoción y patrocinio del tabaco, la Corte dijo:

El empresario tiene plena libertad de iniciativa para escoger los instrumentos que considere idóneos y eficaces para ofrecer o anunciar sus productos, siempre y cuando no atenten contra el bien común, los derechos fundamentales, la función social de la empresa, las leyes reguladoras de la actividad económica, y la información que debe suministrarse al público en la comercialización de los productos. Dentro de esos mecanismos se encuentra la publicidad o propaganda del bien o servicio a través de los distintos medios de comunicación. [...] Sin embargo, ha reiterado la Corte, tal facultad puede ser limitada en aras de la protección de “fines plausibles como son: el interés general, la vida, la salud, la seguridad y los derechos de los niños”⁷².

En conclusión, la libertad económica es un principio que puede ser legítimamente limitado con el fin de lograr otros principios relevantes para el Estado, como puede ser la protección de la salud pública. Dicha restricción es legítima siempre que respete principios de razonabilidad y proporcionalidad, como se desarrollará a continuación.

2.3. ¿Es proporcional restringir la publicidad de ultraprocesados?

La Corte Constitucional ha estudiado la legitimidad de ciertas medidas regulatorias establecidas para productos no saludables respecto de los cuales, aunque comercializados de forma legal, existe un interés legítimo por desincentivar su consumo. Nuevamente la jurisprudencia sobre tabaco puede ser relevante en este aspecto. Sobre este producto la Corte ha señalado que las restricciones a su publicidad son legítimas siempre que estas sean razonables y proporcionadas en atención a un test débil de proporcionalidad⁷³.

El test de proporcionalidad es una forma de análisis constitucional por medio del cual la Corte pondera el valor específico de una medida o norma

72 Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-665 de 2007. M.P.: Marco Gerardo Monroy Cabra. Exp. LAT-301, num. 5.6.

73 *Ibíd.*

con el fin de determinar si esta es adecuada o no al marco legal. En general, el test débil de proporcionalidad aplica a aquellos casos en los que la medida se presume legítima, mientras que el test fuerte se aplica a aquellos casos en los que la medida tiene una presunción de no legitimidad, ya sea porque afecte ciertas materias que se consideren del fuero interno del legislador (p. ej., impuestos) o porque afecte el ejercicio de un derecho fundamental.

En la Sentencia C-524 de 1995, la Corte Constitucional estudió la exequibilidad de una norma que establecía que las estaciones de radiodifusión, las programadoras de televisión y los cinematógrafos “solo podrán transmitir propaganda de bebidas alcohólicas, cigarrillos y tabaco en los horarios y con la intensidad que determine el Consejo Nacional de Estupefacientes, previo concepto de su Comité Técnico Asesor”⁷⁴. Para el demandante, la norma era violatoria de la Constitución en tanto que permitía la publicidad de productos que afectaban la salud y la vida de las personas.

La sentencia es relevante no solo porque reconoce que el principio constitucional de la libertad de empresa puede ser limitado en aras de proteger la salubridad, sino también porque establece unos mínimos de razonabilidad para dicha limitación. Para la Corte, dichas limitaciones a la libertad de empresa son legítimas siempre que sean “serias y razonables” y no hagan “nugatorio el derecho”. En el caso concreto, la corporación sostuvo que la limitación no impedía la divulgación de la publicidad, sino que, simplemente, restringía la emisión en los horarios que determinara la autoridad competente. Dicha restricción era constitucional en tanto que perseguía un fin legítimo, cual era el de proteger los derechos fundamentales a la vida, la salud, la seguridad y los derechos de los niños. Además, establecía una restricción razonable en tanto que tomaba en cuenta el nivel diferenciado de influencia que ejercía la publicidad en adultos y en niños. Para la Corte, “si los adultos, por ejemplo, son menos permeables a la elección condicionada que los niños (y además están en condiciones de optar libremente), parece razonable que la publicidad por radio y televisión, tenga lugar en horarios menos accesibles a los segundos”⁷⁵.

Aunque la Corte no desarrolla *in extenso* el test aplicable en este caso, consideró que el balance dado por el legislador en este caso era adecuado.

En otro fallo posterior, Sentencia C-830 de 2010, la Corte Constitucional confirmó su jurisprudencia sobre la legitimidad de restringir la publicidad de ciertos productos no saludables en aras de la protección de un interés superior, pero esta vez profundizó en el tipo de test aplicable. En este fallo la

74 Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Artículo 19. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY-0030-DE-1986.pdf>

75 Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-524 de 1995. M.P.: Carlos Gaviria Díaz. Exp. D-920, num. 7.

corporación estudió la constitucionalidad de una serie de artículos de la Ley 1335 de 2009^[76] por medio de los cuales se prohibía la publicidad, difusión y promoción de productos de tabaco en radio, televisión, filmes comerciales, medios escritos o producciones en vivo. Las normas también prohibían que los operadores extranjeros de televisión por cable emitieran publicidad de tabaco producida en el exterior. Igualmente, prohibían la publicidad en vallas, así como toda forma de promoción de productos de tabaco y el patrocinio de eventos deportivos y culturales. Para el demandante, dichas normas contradecían los artículos constitucionales que prevén la libre iniciativa privada y la libertad de empresa.

Los criterios desarrollados por la Corte para restringir la libertad económica desarrollados en el título anterior sirvieron de base para aplicar un nivel de escrutinio débil en el análisis de estas restricciones y delimitar los pasos de dicho test. Para la corporación, el test implicaba un análisis en cuatro niveles: (i) la finalidad de la medida, que deber ser de las no prohibidas por la Constitución; (ii) la relación entre el medio escogido y la finalidad, lo que implica demostrar que el medio debe ser conducente al fin; (iii) la existencia de proporcionalidad en esta relación, es decir, que la restricción no sea innecesaria o desproporcionada, y (iv) la ausencia de una vulneración al núcleo esencial del derecho⁷⁷.

Al aplicar el test en el caso concreto, la Corte encontró la medida ajustada a la Constitución en cada uno de los pasos del test. En relación con el *fin* de la medida, cual es proteger la salud de las personas, el alto tribunal encontró que no solo no se trataba de un fin prohibido por la Carta Política sino que realmente se trataba de una obligación estatal. En relación con el *medio*, este tampoco se encontraba prohibido por la Constitución, por lo que resultaba legítimo su uso.

Sobre si *el medio resultaba adecuado al fin*, la Corte encontró cumplido el requisito en tanto que el mismo artículo 13 del CMCT establecía la prohibición de la publicidad como una forma eficaz de desincentivar el consumo de tabaco. En este punto, la corporación sostuvo que, en tanto el control es leve, no es “necesario que se demuestre, a partir de datos fácticos, que el objetivo es cumplido”⁷⁸; basta simplemente con mostrar que existe un vínculo posible o potencial entre medios y fines, tal como sucedió en este caso. En este aspecto, para la Corte fue suficiente con constatar que los demandantes habían señalado la existencia de un vínculo entre la regulación de la publicidad y la disminución del consumo, por lo cual no era necesario verificar si dicha relación se cumplía o no en la práctica.

76 Los artículos demandados eran los artículos 14, 15, 16 y 17 de la Ley 1335 de 2009.

77 Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-830 de 2010. M.P.: Luis Ernesto Vargas. Exp. D-8096, num. 4.

78 *Ibíd.*, num. 29.3.

Finalmente, aunque la Corte no analizó si el *núcleo esencial* del derecho a la libertad económica o al libre desarrollo de la personalidad era desconocido, constató que la medida no impedía la comercialización ni venta del producto, dejando en el ámbito de la libertad su adquisición por parte de adultos.

Aplicada esta doctrina a la publicidad de ultraprocesados se tiene que las tres restricciones a la publicidad propuestas en la discusión legislativa son legítimas desde el punto de vista constitucional y superan el test leve de proporcionalidad. En primer lugar, en cuanto al *fin*, se trata de la protección de la salud, que es un fin no solo constitucionalmente deseable sino que representa una obligación estatal. Segundo, en cuanto al *medio*, se trata de medidas no prohibidas, pues ya han sido aplicadas para desincentivar el consumo de otros productos como el tabaco. Es más, no solo no son prohibidas, sino que de hecho son recomendadas por organismos de salud pública internacionales⁷⁹.

Tercero, se trata de *medidas adecuadas al fin*, pues son conducentes a disminuir el consumo de estos productos, tal como lo ha demostrado la creciente evidencia científica y como se señala en las recomendaciones de la OMS y la OPS. Aunque la evidencia empírica que demuestre que la efectividad de las medidas de restricción de publicidad en los niveles de obesidad aún está en desarrollo, estudios de impacto en Chile han logrado mostrar que cuando estas medidas son tomadas en conjunto con otras, como la implementación de sellos o la limitación de venta en escuelas, estas pueden ser útiles para reducir la compra y consumo de estos productos⁸⁰. En Colombia, un análisis del Ministerio de Salud estimó que la restricción de la publicidad tendría un efecto de entre el 1,40% y el 2,7% en la reducción de la prevalencia de exceso de peso en menores de 18 años, dependiendo de si se trata de restricciones totales o parciales⁸¹. En este punto es importante resaltar que, como ya se mencionó, para la Corte Constitucional no es necesario demostrar con total certeza que una medida en concreto desestimula el consumo de un producto no saludable, o que el medio es “necesario” al fin. Para ella, basta simplemente con demostrar que la medida es “conducente” para lograrlo, pues se trata de un test débil de proporcionalidad⁸². Exigir un estándar probatorio más alto haría imposible la implementación de cualquier medida novedosa en la promoción de políticas de salud pública.

Cuarto, la medida *no viola el núcleo esencial del derecho*, pues deja en libertad al consumidor para que adquiera libremente estos productos. En efecto, las medidas no abogan por un enfoque prohibicionista de estos pro-

79 Cfr. sec. 1.2 de ese artículo.

80 TAILLIE, L. S., REYES, M., COLCHERO, M. A., POPKIN, B. y CORVALÁN, C. *An Evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on Sugar-Sweetened Beverage Purchases from 2015 to 2017: A Before-and-After Study*. En *PLoS Medicine*. Vol. 17, n.º 2, 2020.

81 VALLEJO, P. et al. *La obesidad infantil: una amenaza silenciosa*, cit.

82 Sentencia C-830 de 2010, num. 29.3.

ductos, los cuales pueden seguirse comercializando de manera libre a los adultos. Las restricciones publicitarias buscan desincentivar su consumo particularmente en lo que se refiere a los niños, al tiempo que mantienen libre su comercialización entre los consumidores que quieren adquirirlos.

Un argumento similar podría esbozarse en el caso de la prohibición de publicidad de estos productos en las escuelas. En efecto, al tratarse de lugares que reúnen mayoritariamente a niños y niñas, deberían estar igualmente libres de la influencia de la publicidad. La industria ha argumentado que, dado que los colegios reúnen no solo niños y niñas, sino también algunos estudiantes adolescentes y en algunos casos hasta mayores de edad, la publicidad podría estar dirigida a la población estudiantil de más edad. Sin embargo, dichas distinciones suelen ser problemáticas en la práctica si se tiene en cuenta que estudiantes de menor edad, adolescentes y mayores de edad conviven en el mismo espacio físico de la escuela sin que en la práctica sea posible distinguir a qué tipo de público va dirigido el mercadeo⁸³. Un enfoque que realmente proteja el derecho a la salud de los niños debería tomar en cuenta estas distinciones prácticas para establecer una protección efectiva.

2.4. ¿Son las restricciones a la publicidad de ultraprocesados una práctica paternalista?

A pesar de que algunos han criticado las medidas restrictivas de publicidad de ultraprocesados aduciendo que se trata de prácticas paternalistas, la Corte Constitucional ya ha reconocido en materia de tabaco que estas no solo no constituyen tal tipo de prácticas, sino que tampoco implican una violación drástica al libre desarrollo de la personalidad.

En la Sentencia C-639 de 2010, la Corte estudió la constitucionalidad de una medida que prohibía la venta de cigarrillos en presentaciones menores de diez unidades o “al menudeo”. De acuerdo con la demandante, esta norma era violatoria del derecho al libre desarrollo de la personalidad por cuanto la prohibición se hacía extensiva no solo a menores de edad sino también a adultos, quienes son autónomos para decidir si fuman o no⁸⁴.

En materia de medidas que promueven ideales de conducta, la Corte distinguió entre dos tipos: aquellas que buscan promover ciertos ideales de virtud o excelencia humana, los cuales al ser parte de un ‘perfeccionismo’ o ‘moralismo jurídico’ no son protegidos por la Constitución; y aquellas que

83 Un estudio encontró que la mayoría de la publicidad de productos comestibles y bebibles en escuelas de Ciudad Bolívar, una de las localidades más pobres de Bogotá, se concentra en la tienda escolar, siendo esta visitada por estudiantes de todas las edades. Cfr. Rozo, V. *Sobrepeso y contrapesos. La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad*. Bogotá: Dejusticia, 2017, 25-26.

84 Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-639 de 2010. M.P.: Humberto Antonio Sierra Porto. Exp. D-7968, num. iii.

buscan proteger los intereses, el bienestar o los valores de la persona. Este segundo tipo de medidas son permitidas por la Carta Política siempre que cumplan ciertos criterios de necesidad y proporcionalidad⁸⁵.

En relación con este segundo tipo de medidas, la Corte distinguió a su vez entre medidas de auto-cuidado, que imponen una sanción en caso de incumplimiento, y medidas que buscan estimular una conducta no por medio de una sanción, sino por cualquier otro medio de política pública. Un ejemplo del primer tipo de medidas es la norma que sanciona con multa a los tripulantes de un automóvil que no usen el cinturón de seguridad o, en el caso de los motociclistas, aquella que sanciona el no uso del casco de protección. Dentro del segundo tipo de medidas entrarían, por ejemplo, las normas fiscales que pretenden desestimular el uso del tabaco o el alcohol imponiendo niveles de tributación más elevados. Para la Corte, el primer tipo de medidas podrían llegar a ser “paternalistas” si no superan el test estricto de proporcionalidad; en el segundo caso, no se consideran “paternalistas” en ningún caso en tanto que no limitan la autonomía del individuo para practicar o no cierta actividad, sino que simplemente le imponen una limitación al ejercicio de su derecho que no llega a atentar contra el núcleo fundamental del mismo puesto que no le impide la compra o el consumo del producto⁸⁶.

En el caso concreto, la Corte Constitucional consideró que las limitaciones en la venta al menudeo de tabaco no eran medidas “paternalistas” por cuanto no imponían una sanción en caso de incumplimiento. Al contrario, se trataba de medidas que simplemente limitaban una forma de comercialización del producto, pero dejando intacta la autonomía del individuo para comprarlo o consumirlo, es decir, no vulneraba el núcleo fundamental del derecho al libre desarrollo de la personalidad.

Un criterio similar fue presentado en la Sentencia C-830 de 2010, anteriormente analizada. La Corte reiteró que la restricción no constituía una medida “paternalista” puesto que no limitaba la producción o comercialización del tabaco en sí mismo, solo su publicidad. Si se aplica esta doctrina a la restricción de publicidad de ultraprocesados en horario infantil, para el público de infantes o en medios audiovisuales tradicionalmente usados por niños, es claro que se trataría de una restricción legítima que no limita la autonomía del individuo pues tanto los menores como sus padres siguen siendo libres para comprar o consumir estos productos en los establecimientos y canales autorizados.

Ahora bien, en el caso de la prohibición de publicidad en las escuelas, la cual generalmente va acompañada también de una prohibición total de oferta de estos productos, la medida, aunque más restrictiva de la autonomía de los niños, estaría justificada en la protección prevalente de sus derechos.

85 *Ibíd.*, para. 10.

86 *Ibíd.*, para. 16.

De un lado, existe un deber del Estado de proteger a los niños de la influencia de la industria y la publicidad, tal como se explicó en la primera parte de este documento. Este deber se encuentra además justificado en estándares internacionales⁸⁷ y constitucionales⁸⁸. Por otro lado, se espera que las escuelas sean lugares que incentiven valores y hábitos positivos en los primeros años de vida, creando un ambiente favorable para que los niños crezcan protegidos de influencias que puedan ser perjudiciales (*i.e.*, pornografía, alcohol, tabaco, juego, etc.). En ese sentido, la prohibición tanto de la publicidad como de la oferta de estos productos estaría justificada como una medida necesaria para incentivar hábitos de alimentación saludables en una población altamente sensible a la publicidad y que merece por tanto una protección reforzada, así como crecer en un ambiente creado para protegerla.

2.5. ¿Son las restricciones a la publicidad de ultraprocesados una violación a la libertad de expresión de las empresas?

Con frecuencia la industria de ultraprocesados ha señalado que las restricciones a la publicidad implican una violación a la libertad de expresión y al derecho/deber de informar a los consumidores sobre las características de sus productos. Este argumento fue originalmente promovido en los Estados Unidos en la década de 1970 para justificar por qué a la industria tabacalera no se le podría prohibir publicitar sus productos si ello tenía por objetivo informar a los consumidores sobre el contenido y características de los mismos⁸⁹.

En la ya comentada Sentencia C-830 de 2010, la Corte Constitucional hizo una precisión importante en materia de tabaco al señalar que la publicidad comercial no era depositaria del mismo grado de protección que otras manifestaciones o ideas que resultan de la libertad de expresión. Citando otro precedente anterior⁹⁰, la corporación sostuvo que, por lo tanto, el Estado puede intervenir de manera más intensa en su regulación⁹¹. La razón de la diferen-

87 Para un argumento en este sentido, cfr. Ó CATHAOIR, K. *Children's Right to Freedom From Obesity: Responsibilities of the Food Industry*. En *Nordic Journal of Human Rights*. Vol. 36, n.º 2, 2018.

88 Constitución Política de Colombia, artículo 44.

89 Cfr. REDISH, M. *The First Amendment in the Market Place: Commercial Speech and the Values of Free Expression*. En *George Washington Law Review*. Vol. 39, n.º 3, 1971; para conocer la historia que inspiró este argumento y cómo fue usado en el caso *Virginia State Board of Pharmacy v. Virginia Citizens Consumer Council*, cfr. WINKLER, A. *We the Corporations. How American Businesses Won their Civil Rights*. Nueva York: Liveright Publishing, 2018, 292-293.

90 La Corte hizo referencia a la Sentencia C-010 de 2000, en la que se estudió la constitucionalidad de varias disposiciones de la Ley 24 de 1966 por medio de las cuales se prohibían los mensajes publicitarios de profesiones que carezcan de títulos de idoneidad, así como la promoción de espiritistas, hechiceros, pitonisas, adivinos y demás. Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-010 de 2000. M.P.: Alejandro Martínez Caballero. Exp. D-2431.

91 Dijo la Corte, citando el precedente de 2010, que “[u]na interpretación sistemática y teleológica conduce sin embargo a otra conclusión, a saber, que la publicidad comercial no

cia está en que la publicidad “no tiene por objeto alentar la participación y deliberación democráticas, sino simplemente facilitar las transacciones”⁹². Para la Corte, esto justifica que la publicidad comercial pueda ser objeto de un nivel de restricción mayor que el permitido a los mensajes que surgen como producto de la libertad de expresión.

El estándar establecido por la Corte Constitucional de Colombia se distingue entonces de la línea jurisprudencial marcada por la Corte Suprema de los Estados Unidos, en donde la información comercial es una libertad constitucionalmente protegida bajo la Primera Enmienda, al igual que la libertad de expresión. Es así como, en el caso *Virginia State Board of Pharmacy v. Virginia Citizens Consumer Council* (1976) la Corte Suprema derribó una norma que prohibía a las farmacias informar sobre el precio de prescripción de un medicamento⁹³. El alto tribunal consideró que el acceso a información relacionada con el precio era necesario a fin de proteger los derechos de los consumidores para poder comparar y elegir mejor los productos que adquieren. Aunque el precedente estuvo sustentado en el principio de protección al consumidor, en la práctica ha servido para proteger todo tipo de información comercial. Posteriormente, desde 1980 y a partir del caso *Central Hudson Gas & Electric Corp. v. Public Service Commission*, la Corte Suprema ha venido protegiendo el discurso comercial como un discurso protegido por medio de la aplicación de un test intermedio de proporcionalidad⁹⁴. Por medio de este test, la corporación (i) verifica que el discurso es legal y no engañoso, y (ii) determina si el interés del gobierno en restringir dicho discurso es “sustancial” o relevante. Una vez estos dos requisitos se cumplen, la Corte (iii) verifica si la restricción contribuye al interés del gobierno y (iv) si la restricción al discurso comercial es más extensa de lo necesario para cumplir dicho interés.

Aunque en el modelo norteamericano el test aplicable al discurso comercial no es exactamente el mismo que el aplicable al discurso no comercial, en la práctica ambos hacen parte de la Primera Enmienda constitucional y tienen niveles altos de protección. Esto ha hecho muy difícil que la Corte permita cualquier restricción a la publicidad de estos productos, pues la considera parte del discurso constitucionalmente protegido. De acuerdo con Jennifer Pomeranz, este tipo de protección constitucional ha hecho que ninguna restricción al discurso comercial haya pasado este test desde 1995^[95].

recibe la misma protección constitucional que otros contenidos amparados por la libertad de expresión, por lo cual la ley puede intervenir más intensamente en la propaganda, como se verá a continuación”. Sentencia C-830 de 2010, num. 13.

92 Sentencia C-830 de 2010, num. 13.

93 *Virginia State Board of Pharmacy v. Virginia Citizens Consumer Council*, 425 U.S. 748, 1976.

94 *Central Hudson Gas & Electric Corp v. Public Service Commission*, 447 U.S. 557, 1980.

95 POMERANZ, J. *Food Law for Public Health*, cit., 144.

En el caso colombiano, al establecerse una diferencia entre los dos tipos de discurso, uno más favorable al refuerzo de los valores democráticos (*i.e.*, el discurso no comercial o de interés público) y otro más orientado por el interés de lucro (*i.e.*, el discurso comercial), la Corte Constitucional se distancia del modelo norteamericano y da un paso adelante en la forma en que se interpretan estos derechos.

Esta doctrina fue mantenida por la Corte colombiana en el análisis sobre la legitimidad de medidas que restringen la emisión de mensajes de interés público. En otra paradigmática sentencia, T-543 de 2017, la corporación señaló que los mensajes publicitarios, entendidos estos como aquellos que buscan influir en la decisión del comprador, hacen parte de la libertad económica y pueden ser legítimamente restringidos⁹⁶. El caso trata de la emisión de un mensaje televisado producido por la organización sin ánimo de lucro Educar Consumidores (EC), en donde se informaba sobre la cantidad de azúcar presente en ciertas bebidas endulzadas y el riesgo para la salud que su consumo frecuente implicaba. El mensaje fue emitido justo cuando se debatía en el Congreso un impuesto a las bebidas azucaradas con el fin de alertar al público acerca del riesgo para la salud de su consumo regular. Una reconocida marca de gaseosas nacional denunció el caso por supuesta publicidad engañosa. La entidad encargada de revisar el reclamo, esto es, la Superintendencia de Industria y Comercio (sic), dio la razón a la empresa denunciante y prohibió la emisión del mensaje, ordenando además a la organización que cualquier mensaje futuro sobre esta campaña debía pasar por un examen previo. EC interpuso una acción de tutela por violación a su derecho a la libertad de expresión alegando que los hechos implicaban la censura previa de un mensaje de salud pública.

El caso se destaca en la doctrina constitucional porque, al tiempo que establece la posibilidad de restringir el discurso comercial, establece una protección amplia de los mensajes que buscan la protección de la salud pública. En efecto, la Corte reconoció que los mensajes transmitidos por la organización se enmarcaban en la categoría de “información” y no de “publicidad” en tanto que como organización sin ánimo de lucro no buscaba incidir en una decisión de consumo sino simplemente advertir los riesgos que para la salud podía tener el consumo excesivo de estas bebidas⁹⁷. Dado que el mensaje constituía una “información”, caía entonces bajo la protección de la libertad de expresión y, como tal, suponía un test más estricto. Adicionalmente, y en cualquier caso, dichas restricciones no podían imponer una forma de censura previa y solo podrían imponer los controles ulteriores a los

96 Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión. Sentencia T-543 de 2017. M.P.: Diana Fajardo Rivera. Exps. T-6.029.705 y T-6.139.760; reiterada en Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión. Sentencia T-149 de 2019. M.P.: Cristina Pardo Schlesinger.

97 *Ibíd.*, sec. 7.5.2.3.

que hubiera lugar. En la medida en que la restricción impuesta por la *sic* no señalaba concretamente cuál era la finalidad imperiosa que buscaba prevenir, ni tampoco qué tan necesaria era para dicho fin, la medida resultaba excesiva y violatoria de la libertad de expresión, además de que constituía un caso de censura previa expresamente prohibida en la Constitución.

En lo relacionado con el discurso comercial, la Corte reiteró el criterio sostenido en materia de publicidad de tabaco y consideró que la “publicidad” de productos comestibles hacía parte del desarrollo de los derechos a la propiedad privada, la libertad de empresa y la libertad económica, no de la libertad de expresión. Por lo tanto, afirmó la Corte, la publicidad debía estar sometida a la regulación de la “Constitución económica”, lo cual implicaba un mayor control constitucional⁹⁸. Aunque el alto tribunal no ahondó sobre el tipo de control aplicable a las restricciones a la publicidad, al estar sometida a los criterios de la “Constitución económica”, las medidas que buscaran limitarla debían ser evaluadas bajo un test débil de proporcionalidad.

La diferenciación entre “mensajes de salud pública” y “publicidad”, así como la distinción en el test aplicable, más fuerte en el primero, más débil en el segundo, tiene una razón constitucional, y es, como se vio arriba, la protección de los valores fundamentales para una democracia. Impulsar debates de salud pública sustentados en evidencia científica y sin conflicto de intereses resulta fundamental para la garantía de la salud de todo el grupo social e incluso, en determinados casos, para la supervivencia de la especie. Entre tanto, los mensajes comerciales, aunque legítimos dentro de la libertad de empresa, buscan el interés particular de las industrias y grupos que los promueven, por lo cual no pueden primar sobre las discusiones de salud pública, de manera que su protección debe ser más débil.

Las medidas de restricción a la publicidad de ultraprocesados se enmarcan entonces en lo que la Corte ha llamado “la Constitución económica” y estarían sometidas solamente a un test leve de proporcionalidad. En el caso concreto, una medida que, por ejemplo, limite la publicidad de ultraprocesados durante un horario específico de mayor audiencia infantil, o que restrinja el uso de personajes, caracteres y/o promociones, sería legítima de acuerdo al referido estándar. Primero, son medidas permitidas dentro de la baraja de opciones de que dispone el Estado para desestimular un consumo; segundo, distintos organismos internacionales y la evidencia científica disponible muestran que las restricciones a la publicidad contribuyen positivamente a reducir el consumo de estos productos; y, tercero, las medidas no violan

98 Dice la Corte: “la publicidad es desarrollo del derecho a la propiedad privada, a la libertad de empresa y a la libertad económica, antes que aplicación de la libertad de expresión, razón suficiente para que la publicidad y la propaganda comercial estén sometidas a la regulación de la ‘Constitución económica’, lo que supone [...] un mayor control”. *Ibid.*, sec. 7.5.2.3.

el núcleo fundamental del derecho pues la comercialización del producto seguiría siendo permitida.

La sentencia, además, abre el camino para que en el futuro la Corte Constitucional ahonde en el derecho a recibir información sobre las calidades de los productos disponibles en el mercado, y en general en el derecho a un consumo informado. La corporación reconoce que el derecho a informar y el derecho de los consumidores a recibir información “cumple varias funciones esenciales en nuestro ordenamiento, (i) en primer lugar, garantiza el derecho de los consumidores a la información relevante sobre los productos alimenticios que consumen”⁹⁹. El desarrollo de este derecho permitiría en el futuro ahondar en el acceso diferencial que requiere un consumidor adulto promedio respecto a uno menor de edad para obtener información veraz e imparcial¹⁰⁰. Teniendo en cuenta su carácter altamente influenciable, los niños y niñas podrían considerarse consumidores vulnerables, de manera que cualquier medida orientada a garantizar un acceso efectivo (no solo teórico) a información sobre los productos que consumen estaría justificada.

CONCLUSIÓN

Productos no saludables de todo tipo (tabaco, alcohol y productos alimenticios y bebidas ultraprocesados) siguen teniendo efectos nocivos en la salud de millones de niños y niñas por medio de estrategias de publicidad agresivas dirigidas explícitamente a esta población. Este artículo es un intento por explicar la necesidad y legitimidad de medidas legislativas de restricción a estos productos a partir de los principios constitucionales de nuestro ordenamiento y de la jurisprudencia constitucional colombiana, así como por contestar las críticas más comunes por parte de sus detractores. Para ello se acudió a los principios constitucionales de prevención y precaución, así como a la jurisprudencia en materia de tabaco. El artículo encontró que las medidas restrictivas a la publicidad de ultraprocesados no restringen de manera desproporcionada la libertad de empresa, no son paternalistas, ni violan la libertad de expresión de la industria. Al contrario, dichas medidas se justifican en aplicación de los principios de prevención y precaución en salud. En manos de legisladores y jueces está tomar las medidas necesarias para contener la influencia de la publicidad de estos productos en niños y niñas y permitir así que estos crezcan en ambientes más saludables.

99 *Ibíd.*, num. 7.5.2.2.

100 BERNAL, D. R. y BERNAL, N. M. *Derecho al consumo informado: el caso de las bebidas azucaradas en Colombia*. En *Repertorio de Medicina y Cirugía*. Vol. 29, n.º 2, 2020; HERNÁNDEZ, M. D. *Consumidor vulnerable*. Madrid: Reus, 2015.

REFERENCIAS

- AKTAS ARNAS, Y. *The Effects of Television Food Advertisement on Children's Food Purchasing Requests*. En *Pediatr. Int.* Vol. 48, 2006.
- ANDREYEVA, T., KELLY, I. R. y HARRIS, J. L. *Exposure to Food Advertising on Television: Associations with Children's Fast Food and Soft Drinks Consumption and Obesity*. En *Econ. Hum. Biol.* Vol. 9, n.º 3, 2011.
- BALDWIN, H. J., FREEMAN, B. y KELLY, B. *Like and Share: Associations between Social Media Engagement and Dietary Choices in Children*. En *Public Health Nutr.* Vol. 21, n.º 17, 2018.
- BERNAL, D. R. y BERNAL, N. M. *Derecho al consumo informado: el caso de las bebidas azucaradas en Colombia*. En *Repertorio de Medicina y Cirugía*. Vol. 29, n.º 2, 2020.
- BOYLAND, E., THIVEL, D., MAZUR, A., RING-DIMITRIOU, S., FRELUT, M. L. y WEGHUBER, D. *Digital Food Marketing to Young People: A Substantial Public Health Challenge*. En *Annals of Nutrition and Metabolism*. Vol. 76, n.º 1, 2020.
- BROWNELL, K. D. y WARNER, K. E. *The Perils of Ignoring History: Big Tobacco Played Dirty and Millions Died. How Similar is Big Food?* En *The Milbank Quarterly*. Vol. 87, n.º 1, 2009.
- BUCHANAN, L., KELLY, B., YEATMAN, H. y KARIIP-PANON, K. *The Effects of Digital Marketing of Unhealthy Commodities on Young People: A Systematic Review*. En *Nutrients*. Vol. 10, n.º 2, 2018.
- CAPEWELL, S. y LLOYD-WILLIAMS, F. *The Role of the Food Industry in Health: Lessons from Tobacco?* En *British Medical Bulletin*. Vol. 125, n.º 1, 2018.
- CARTER, O. B. J., PATTERSON, L. J., DONOVAN, R. J., EWING, M. T. y ROBERTS, C. M. *Children's Understanding of the Selling Versus Persuasive Intent of Junk Food Advertising: Implications for Regulation*. En *Soc. Sci. Med.* Vol. 72, n.º 6, 2011.
- CHEMAS, M., GOMEZ, L. y MORA, M. *Scoping Review of Studies on Food Marketing in Latin America: Summary of Existing Evidence and Research Gaps*. En *Revista de Saúde Pública*. Vol. 53, n.º 10, 2019.
- CLARK, H. et al. *A Future for the World's Children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission*. En *The Lancet*. Vol. 395, n.º 10224, 2020.
- COATES, A. E., HARDMAN, C. A., HALFORD, J. C., CHRISTIANSEN, P. y BOYLAND, E. J. *The Effect of Influencer Marketing of Food and a "Protective" Advertising Disclosure on Children's Food Intake*. En *Pediatr. Obes.* Vol. 14, n.º 10, 2019.
- CORVALÁN, C., GARMENDIA, M. L., JONES-SMITH, J., LUTTER, C. K., MIRANDA, J. J. y PEDRAZA, L. L. et al. *Nutrition Status of Children in Latin America*. En *Obes. Rev.* Vol. 18, n.º 2, 2017.
- DE SOUSA-ALMEIDA, S., NASCIMENTO, P. C. y BOLZAN-QUAIOTI, T. C. *Amount and Quality of Food Advertisement on Brazilian Television*. En *Revista de Saúde Pública*. Vol. 36, n.º 3, 2002.

- DÍAZ-GARCÍA, J. *et al.* *Grupos de interés e impuesto al consumo de bebidas azucaradas en Colombia*. En *Lecturas de Economía*. N.º 93, 2020.
- GANTS, W., SCHWARTZ, N., ANFELINI, J. y RIDEOUT, V. *Food for Thought. Television Food Advertising to Children in the United States*. San Francisco: Kaiser Family Foundation, 2007.
- GARDE, A. *et al.* *A Child Rights Based Approach to Food Marketing: A Guide for Policy Makers*. Unicef, 2018.
- GARRY, E. y BOYD, S. *An Ecological Approach to the Obesity Pandemic*. En *British Medical Journal*, Vol. 315, 1997.
- GUARNIZO, D. *Sin reglas ni controles. Regulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores de edad*. Bogotá: Dejusticia, 2017.
- HARRIS, J. L., BARGH, J. A. y BROWNELL, K. D. *Priming Effects of Television Food Advertising on Eating Behaviour*. En *Health Psychol.* Vol. 28, 2009.
- HARRIS, J. L., BROWNELL, K. D. y BARGH, J. A. *The Food Marketing Defense Model: Integrating Psychological Research to Protect Youth and Inform Public Policy*. En *Soc. Issues Policy Rev.* Vol. 3, n.º 1, 2009.
- HERNÁNDEZ, M. D. *Consumidor vulnerable*. Madrid: Reus, 2015.
- HUANG, C., HUANG, J., TIAN, Y., YANG, X. y GU, D. *Sugar Sweetened Beverages Consumption and Risk of Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis of Prospective Studies*. En *Atherosclerosis*. Vol. 243, n.º 1, 2014.
- JOHN, D. *Consumer Socialization of Children: A Retrospective Look at Twenty Years of Research*. En *Journal of Consumers Research*. Vol. 26, 1999.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) y University of Washington. *GBD Compare*. 2015. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>
- KICKBUSCH, I. *et al.* *The Commercial Determinants of Health*. En *The Lancet Global Health*, Vol. 4, n.º 12, e895-e896.
- MACKLIN, M. C. *Preschoolers' Learning of Brand Names from Visual Cues*. En *J. Consum. Res.* Vol. 23, n.º 3, 1996.
- MALIK, V., PAN, A., WILLETT, W. y HU, F. *Sugar-sweetened Beverages and Weight Gain in Children and Adults: A Systematic Review and Meta-analysis*. En *The American Journal of Clinical Nutrition*. Vol. 98, n.º 4, 2013.
- MALLARINO, C. *Advertising of Ultra-processed Foods and Beverages: Children as a Vulnerable Population*. En *Revista de Saúde Pública*. Vol. 47, n.º 5, 2013.
- MCGINNIS, J. M. *Food Marketing to Children and Youth: Treat or Opportunity?* Washington, D.C.: The National Academies Press, 2006.
- MIALON, M. *et al.* *'I Had Never Seen So Many Lobbyists': Food Industry Political Practices During the Development of a New Nutrition Front-of-Pack Labelling System in Colombia*. En *Public Health Nutrition*. 2020.

- MinSalud, DPS, ICBF, INS y UNAL. *ENSIN 2015*. Bogotá: MinSalud, 2015.
- MULLEE, A. et al. *Association between Soft Drink Consumption and Mortality in 10 European Countries*. En *JAMA Internal Medicine*. Vol. 179, n.º 11, 2019.
- Ó CATHAOIR, K. E. *Children's Right to Freedom From Obesity: Responsibilities of the Food Industry*. En *Nordic Journal of Human Rights*. Vol. 36, n.º 2, 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra, OMS, 2010.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños en la región de las Américas*. Washington D.C.: OPS, 2011.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS). *Interferencia de la industria tabacalera. Un resumen mundial*. 2012.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Modelo de perfil de nutrientes de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D.C.: OPS, 2016.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños*. Ginebra: OMS, 2010.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Julio 2015: Epidemia de obesidad y sobrepeso vinculada al aumento del suministro de energía alimentaria – Estudio*. 2015.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Recomendaciones de la consulta de expertos de la Organización Panamericana de la Salud sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños en la región de las Américas*. Washington D.C.: OPS, 2011.
- PATTERSON, D. et al. *Identifying a Human Rights-based Approach to Obesity for States and Civil Society*. En *Obesity Reviews Suppl*. Vol. 20, n.º 2, 2019.
- POMERANZ, J. *Food Law for Public Health*. Oxford, 2016.
- POTVIN KENT, M., PAUZÉ, E., ROY, E. A., DE BILLY, N. y CZOLI, C. *Children and Adolescents' Exposure to Food and Beverage Marketing in Social Media Apps*. En *Pediatr Obes*. Vol. 14, n.º 6, 2019.
- QUTTEINA, Y., DE BACKER, C. y SMITS, T. *Media Food Marketing and Eating Outcomes Among Pre-Adolescents and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Obesity Reviews*, Vol. 20, n.º 12, 2019.
- REDISH, M. *The First Amendment in the Market Place: Commercial Speech and the Values of Free Expression*. En *George Washington Law Review*. Vol. 39, n.º 3, 1971.
- RICO-CAMPÀ, A, MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M., ÁLVAREZ-ÁLVAREZ, I., MENDONÇA, R., DE LA FUENTE-ARRILAGA, C., GÓMEZ-DONOSO, C. et al. *Association between Consumption of Ultra-processed Foods and all Cause Mortality: SUN Prospective Cohort Study*. En *BMJ*. Vol. 365, 2019.

- ROBERTO, C. A., BAIK, J., HARRIS, J. L. y BROWNELL, K. D. *Influence of Licensed Characters on Children's Taste and Snack Preferences*. En *Pediatrics*. Vol. 126, n.º 1, 2010.
- ROZO, V. *Sobrepeso y contrapesos. La autorregulación de la industria no es suficiente para proteger a los menores de edad*. Bogotá: Dejusticia, 2017.
- SMITH, R., KELLY, B., YEATMAN, H. y BOYLAND, E. *Food Marketing Influences Children's Attitudes, Preferences and Consumption: A Systematic Critical Review*. En *Nutrients*. Vol. 11, n.º 4, 2019.
- SWINBURN, B. et al. *The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission Report*. En *The Lancet*. Vol. 393, n.º 10173, 2019.
- TAILLIE, L. S., REYES, M., COLCHERO, M. A., POPKIN, B. y CORVALÁN, C. *An Evaluation of Chile's Law of Food Labeling and Advertising on Sugar-sweetened Beverage Purchases from 2015 to 2017: A Before-and-After Study*. En *PLoS Medicine*. Vol. 17, n.º 2, 2020.
- VALKENBURG, P. M. y BUIJZEN, M. *Identifying Determinants of Young Children's Brand Awareness: Television, Parents, and Peers*. En *J. Appl. Dev. Psychol.* Vol. 26, n.º 4, 2005.
- VALLEJO, P. et al. *La obesidad infantil: una amenaza silenciosa*. Bogotá: MinSalud, junio, 2019.
- VANDEVIJVERE, S. et al. *Increased Food Energy Supply as a Major Driver of the Obesity Epidemic: A Global Analysis*. En *Bull. World Health Organ.* Vol. 93, n.º 7, 2015.
- VELÁSQUEZ, A., MORA-PLAZAS, M., GÓMEZ, F., TAILLIE, L. y DILLMAN, F. *Extent and Nutritional Quality of Foods and Beverages to which Children Are Exposed in Colombian TV Food Advertising*. En *Public Health Nutrition*. 2020.
- WHO. *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020*. 2013.
- WHO. *Taking Action on Childhood Obesity Report*. WHO/NMH/PND/ECHO/18.1. 2018.
- WINKLER, A. *We the Corporations. How American Businesses Won their Civil Rights*. New York: Liveright, 2018.

Casos y sentencias

- Central Hudson Gas & Electric Corp v. Public Service Commission*, 447 U.S. 557.1980.
- Corte Constitucional, Sala Novena de Revisión. Sentencia T-543 de 2017. M.P.: Diana Fajardo Rivera. Exps. T-6.029.705 y T-6.139.760.
- Corte Constitucional, Sala Plena de Revisión. Sentencia C-449 de 2015. M.P.: Jorge Iván Palacio Palacio. Exp. D-10547.
- Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-010 de 2000. M.P.: Alejandro Martínez Caballero. Exp. D-2431.
- Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-524 de 1995. M.P.: Carlos Gaviria Díaz. Exp. D-920.

Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-595 de 2010. M.P.: Jorge Iván Palacio Palacio. Exp. D-7977.

Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-615 de 2002. M.P.: Marco Gerardo Monroy Cabra. Exp. D-3881.

Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-639 de 2010. M.P.: Humberto Antonio Sierra Porto. Exp. D-7968.

Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-665 de 2007. M.P.: Marco Gerardo Monroy Cabra. Exp. LAT-301.

Corte Constitucional, Sala Plena. Sentencia C-830 de 2010. M.P.: Luis Ernesto Vargas Silva. Exp. D-8096.

Corte Constitucional, Sala Séptima de Revisión. Sentencia T-1077 de 2012. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Exp. T-3.286.371.

Corte Constitucional, Sala Sexta de Revisión. Sentencia T-104 de 2012. M.P.: Nilson Pinilla Pinilla. Exp. T-3228384.

Federal Register. Vol. 46. Reg. 48710. 2 de octubre de 1981.

Virginia State Board of Pharmacy v. Virginia Citizens Consumer Council, 425 U.S. 748. 1976.

Legislación

Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Resolução nº 163/2014. 14 de marzo de 2014. Disponible en: http://www.procon.sp.gov.br/pdf/resolucao_conanda_163.pdf

Chile. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Ley 20.606. 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

Chile. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Ley 20.606. 2012. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1041570>

Colombia. Cámara de Representantes. Proyecto de Ley 167 de 2019. Por medio de la cual se adoptan medidas para fomentar entornos alimentarios saludables y prevenir Enfermedades No Transmisibles y se adoptan otras disposiciones.

Colombia. Congreso de la República. Ley 1355 de 2009. 14 de octubre de 2009. Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1355_2009.htm

Colombia. Congreso de la República. Ley 30 de 1986. 31 de enero de 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY-0030-DE-1986.pdf>

México. Gobierno de la República de México. Estrategia Nacional para la Prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes. 2013. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276108/estrategia_sobrepeso_diabetes_obesidad.pdf

Artículos de prensa

El Tiempo. *AmCham, Fenalco y Andi reiteran oposición a cambios en etiquetado*. 19 de junio de 2019. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/economia/empresas/los-reclamos-de-los-gremios-sobre-etiquetado-377822>

La Liga contra el Silencio. *El 'agridulce' imperio del lobby en el Congreso de Colombia*. 22 de agosto de 2018. Disponible en: <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/lobby-azucar/>

La Liga contra el Silencio. *Así fue el lobby en el Congreso contra la ley de etiquetado*. 11 de julio de 2019. Disponible en: <https://ligacontraelsilencio.com/2019/07/11/asi-fue-el-lobby-en-el-congreso-contra-la-ley-de-etiquetado/>

La Liga contra el Silencio. *Donaciones dulces aceitan la política en Colombia*. 29 de agosto de 2019. Disponible en: <https://ligacontraelsilencio.com/2019/08/29/donaciones-dulces-aceitan-la-politica-en-colombia/>

La República. *Posible impuesto a las bebidas azucaradas es discriminatorio: Postobón*. 3 de julio de 2016. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/negocios/impuesto-a-gaseosas-en-colombia-postobon-responde-GF4502019>

The Guardian. *San Francisco: Court Blocks Health Warnings on Soda Ads*. 31 de enero de 2019. Disponible en: <https://www.theguardian.com/us-news/2019/jan/31/san-francisco-soda-health-warning-law-blocked-appeals-court>

The Telegraph. *Boris Johnson Aims To Put End to the 'Nanny State' and its 'Sin Taxes' on Food*. 3 de julio de 2019. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/politics/2019/07/02/boris-johnson-aims-put-end-nanny-state-sin-taxes-food/>

RCN Radio. *División en el Congreso por posible IVA a las bebidas azucaradas*. 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/politica/division-en-el-congreso-por-posible-iva-las-bebidas-azucaradas>

Páginas web

OMS. *Datos y cifras sobre obesidad*. Disponible en: <https://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>