

Regulación con enfoque de derechos de los determinantes comerciales de la salud en América Latina: interés público y protección de grupos vulnerables

Rights-Based Regulation of the Commercial Determinants of Health in Latin America: Public Interest and Protection of Vulnerable Groups

Christian Camilo García Reyes*
Universidad Santiago de Cali
<https://orcid.org/0009-0006-7307-3042>

Fecha de recepción: 6 de febrero de 2026
Fecha de aceptación: 15 de marzo de 2026

Resumen

Este artículo analiza los determinantes comerciales de la salud desde una perspectiva de derechos humanos, examinando cómo ciertas prácticas empresariales —incluidas la publicidad agresiva, la captura regulatoria, los conflictos de interés y la influencia en políticas públicas— configuran entornos que afectan negativamente la salud de las poblaciones. A partir de un enfoque crítico y documental, se revisan marcos normativos internacionales y evidencia reciente sobre sectores estratégicos como la industria de alimentos ultra procesados, la industria farmacéutica y de tecnologías médicas, y la industria de sucedáneos de la leche materna. Esta última es entendida como un caso paradigmático de interferencia corporativa en sistemas sanitarios.

El análisis evidencia que la regulación fragmentaria o inexistente de estos determinantes constituye una forma de omisión estatal que facilita la vulneración sistemática del derecho a la salud. El resultado son impactos desproporcionados sobre grupos en situación de vulnerabilidad, especialmente niñas y niños, mujeres y poblaciones en condiciones de pobreza. Frente a este escenario, se propone la necesidad de un cambio de paradigma regulatorio que priorice la primacía del interés público, fortalezca las autoridades sanitarias, garantice procesos transparentes y participativos, y promueva el uso de la litigación estratégica como mecanismo de rendición de cuentas. El artículo concluye que abordar los determinantes comerciales de la salud es una condición indispensable para avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos, democráticos y resilientes.

Abstract

This article examines the commercial determinants of health from a human rights perspective, analyzing how corporate practices —including aggressive marketing, regulatory capture, conflicts of interest, and influence over public policies— shape environments that negatively affect population health. Using a critical documentary approach, the study reviews international regulatory frameworks and recent evidence from key sectors such as ultra-proces-

*Tecnólogo en Regencia de Farmacia por la Universidad Santiago de Cali. Estudiante con formación en gestión farmacéutica y atención en salud, con interés investigativo en determinantes comerciales de la salud, regulación sanitaria y derechos humanos. Ha desarrollado trabajos académicos sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna y políticas públicas en salud en América Latina, con énfasis en poblaciones vulnerables y enfoque de salud pública.

sed food industries, pharmaceutical and medical technology industries, and the breast-milk substitutes industry, understood as a paradigmatic case of corporate interference in health systems.

The analysis shows that fragmented or absent regulation of these determinants constitutes a form of State omission that enables systemic violations of the right to health, with disproportionate impacts on vulnerable groups, particularly children, women, and populations living in poverty. In response, the article argues for a regulatory paradigm shift that asserts the primacy of the public interest, strengthens health authorities, ensures transparent and participatory governance processes, and promotes strategic litigation as a mechanism for accountability. It concludes that addressing the commercial determinants of health is essential to building more equitable, democratic, and resilient health systems.

Palabras clave:

determinantes comerciales de la salud, derecho a la salud, regulación sanitaria, captura corporativa, sucedáneos de la leche materna, salud pública

Keywords:

commercial determinants of health, right to health, health regulation, corporate capture, breast-milk substitutes, public health

1. Introducción

La Organización Panamericana de la Salud ha advertido que los factores comerciales constituyen una de las principales fuerzas impulsoras del incremento de las enfermedades no transmisibles en América Latina. Como resultado, se desborda progresivamente la capacidad de respuesta de los sistemas públicos de salud. Esta realidad pone de manifiesto que las amenazas contemporáneas al derecho a la salud ya no provienen en exclusivo de la inacción estatal, sino también de dinámicas económicas que operan de manera estructural sobre los entornos sanitarios.

Tradicionalmente, la comprensión jurídica del derecho a la salud se ha articulado en torno al binomio Estado-individuo, bajo el supuesto de que la principal obligación recae en la provisión pública de servicios. Sin embargo, en el contexto actual, esta relación se ha complejizado con la consolidación de actores comerciales transnacionales cuya capacidad de incidir en los marcos regulatorios, los patrones de consumo y las decisiones clínicas ha transformado a profundidad los determinantes sociales de la salud. Este desplazamiento configura una triada estructural Estado-mercado-individuo, en la que los intereses económicos adquieren un peso determinante. Es en este escenario donde emerge con fuerza el concepto de determinantes comerciales de la salud (DCS) como eje analítico central.

En América Latina, esta dinámica se manifiesta con particular intensidad debido a la coexistencia de sistemas de salud fragmentados, marcos regulatorios débiles y profundas desigualdades socioeconómicas. La expansión de la industria de alimentos ultra procesados, del complejo farmacéutico-tecnológico y del mercado de sucedáneos de la leche materna evidencia cómo determinadas estrategias comerciales erosionan las políticas de salud pública y profundizan las brechas de acceso a bienes sanitarios esenciales.

Desde una perspectiva jurídica, esta situación plantea una tensión persistente entre el derecho fundamental a la salud —reconocido, entre otros instrumentos, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹ y en diversas constituciones latinoamericanas— y la lógica de mercado que orienta la actuación de actores privados con alto poder económico. Dicha tensión no solo compromete la disponibilidad y accesibilidad de servicios y tecnologías médicas, sino que impacta de manera desproporcionada en los derechos de los grupos de especial tutela constitucional.

En este contexto, el presente artículo se propone analizar críticamente el marco regulatorio latinoamericano frente a los determinantes comerciales de la salud (DCS). Dicho análisis tiene como fin demostrar que su insuficiencia normativa y su recurrente captura por intereses privados configuran una vulneración estructural del derecho a la salud, con impactos particularmente graves sobre los grupos en situación de vulnerabilidad. A partir de este diagnóstico, se plantean los lineamientos de un paradigma regulatorio robusto orientado a la primacía del interés público. Para ello, en primer lugar, se conceptualizan los DCS desde el derecho internacional de los derechos humanos y el derecho sanitario, delimitando las obligaciones estatales de respetar, proteger y garantizar frente a la actuación de actores comerciales no estatales. En segundo término, se examinan de manera comparada los marcos regulatorios vigentes en América Latina en tres sectores estratégicos: la industria de alimentos y bebidas ultraprocesadas —con énfasis en la publicidad dirigida a menores y el etiquetado frontal— y la industria farmacéutica y de tecnologías médicas. A este análisis se suma la industria de sucedáneos de la leche materna, entendida como un caso paradigmático de prácticas de mercadeo que explotan contextos de vulnerabilidad. Asimismo, el artículo identifica y sistematiza los principales mecanismos de captura regulatoria y los vacíos normativos comunes que facilitan la reproducción de los DCS y debilitan las políticas públicas de salud. En este marco, se evalúa su impacto desproporcionado sobre los derechos de los grupos

1. Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966, en vigor desde el 3 de enero de 1976, art. 12; ratificado por Ecuador mediante Registro Oficial Suplemento 67, 6 de marzo de 1969.

de especial tutela constitucional —particularmente niñas y niños, mujeres y personas en situación de pobreza—, argumentando que estas dinámicas profundizan las desigualdades estructurales en salud. Finalmente, se proponen los fundamentos jurídicos y los elementos centrales de un paradigma regulatorio pro-persona y precautorio. Este modelo incluye el fortalecimiento de autoridades sanitarias independientes, la transparencia en la gestión de conflictos de interés y el uso estratégico de la litigación en salud pública como mecanismo de rendición de cuentas.

2. Marco conceptual: los determinantes comerciales de la salud como categoría jurídico-sanitaria

El concepto de determinantes comerciales de la salud (DCS) ha emergido en la literatura sanitaria crítica para describir el conjunto de estrategias mediante las cuales actores comerciales influyen en los patrones de consumo, los entornos regulatorios y las políticas públicas, con efectos directos e indirectos sobre la salud de las poblaciones.² A diferencia de una comprensión reducida centrada exclusivamente en la publicidad engañosa, los DCS abarcan un espectro amplio de prácticas estructurales. Estas incluyen el diseño de productos nocivos, la manipulación de la evidencia científica, el *lobbying* político, la captura regulatoria, los regímenes de propiedad intelectual, la segmentación de mercados vulnerables y la influencia sistemática en la formulación de políticas sanitarias.³

Desde esta perspectiva, los DCS constituyen una extensión contemporánea del análisis de los determinantes sociales de la salud, al visibilizar el papel activo del mercado en la producción de enfermedad y desigualdad. No se trata solo de elecciones individuales condicionadas por la información disponible, sino de arquitecturas comerciales deliberadamente construidas para maximizar beneficios económicos. Esto se da aun cuando ello implica externalizar costos sanitarios y sociales hacia los sistemas públicos de salud y las poblaciones más vulnerables.⁴

Este desplazamiento conceptual resulta particularmente relevante para la esfera jurídica, en tanto interpela el rol tradicional del Estado como garante del derecho a la salud. En el marco del ordenamiento internacional de los derechos humanos, los Estados no solo están obligados a respetar esta garantía absteniéndose de interferir en su ejercicio, sino también a protegerlo frente a terceros y a asegurar su realización progresiva.⁵ La obligación de proteger (*obligation to protect*) adquiere aquí un carácter central, al exigir la adopción de medidas regulatorias adecuadas y efectivas para prevenir que actores comerciales no estatales vulneren el disfrute del más alto nivel posible de salud.⁶

En consecuencia, en los términos del párrafo 33 de la Observación General N.º 14, la obligación de proteger exige que el Estado adopte medidas regulatorias para impedir que terceros —incluidos los actores comerciales— menoscaben el disfrute del más alto nivel posible de salud. Esta obligación comprende, entre otras acciones, establecer marcos normativos robustos, controlar la publicidad sanitaria, regular la composición de productos, asegurar el acceso equitativo a medicamentos esenciales, prevenir conflictos de interés y limitar la influencia indebida de la industria en la toma de decisiones públicas. Un ejemplo paradigmático de esta problemática se encuentra en la comercialización de sucedáneos de la leche

2. Organización Mundial de la Salud, *Commercial Determinants of Health* (Ginebra: OMS, 2022), 5, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047043>

3. Sharon Friel et al., “Commercial Determinants of Health: Future Directions”, *The Lancet* 401, n.º 10383 (2023): 1229–40, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00011-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00011-9)

4. Anna B. Gilmore et al., “Defining and Conceptualising the Commercial Determinants of Health”, *The Lancet* 401, n.º 10383 (2023): 1194–1213, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)

5. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000), párr. 33.

6. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N.º 14, párr. 51.

materna. Diversos estudios han documentado cómo las estrategias de mercadeo de esta industria explotan la vulnerabilidad de madres y cuidadores, socavan la lactancia materna y generan efectos adversos a corto y largo plazo sobre la salud infantil.⁷ Este sector ilustra de manera clara cómo los DCS operan en contextos de asimetría informativa y desigualdad social, y cómo la ausencia de regulación adecuada o su débil implementación permite la normalización de prácticas comerciales incompatibles con el interés superior del niño y el derecho a la salud.⁸

Así, los determinantes comerciales de la salud deben ser comprendidos como un problema jurídico estructural y no meramente sanitario. Su abordaje exige un enfoque regulatorio integral, basado en el principio pro-persona y en la prevención del daño, que reconozca la responsabilidad estatal de proteger a las poblaciones frente a formas contemporáneas de mercantilización de la salud.

2.1. Análisis de sectores críticos: casos de estudio

Con el fin de evidenciar la materialización concreta de los DCS en América Latina, esta sección analiza tres sectores estratégicos. Estos incluyen la industria de alimentos y bebidas ultraprocesadas, el complejo farmacéutico-tecnológico y la industria de sucedáneos de la leche materna, dada su documentada incidencia en las políticas sanitarias. Estos casos ilustran patrones comunes de influencia corporativa, debilidad regulatoria y afectación desproporcionada de poblaciones vulnerables.

2.2. Industria de alimentos y bebidas ultra procesadas

Conforme al informe de la OPS sobre alimentos y bebidas ultraprocesadas en América Latina (2019), las ventas de estos productos se duplicaron en la región entre 2000 y 2013. La OPS atribuye este crecimiento documentalmente al despliegue de estrategias de mercadeo dirigidas a la población infantil. Entre las prácticas registradas en ese informe figuran el uso de personajes animados, promociones cruzadas y mecanismos de “venta amarrada” que asocian productos con juguetes o incentivos, cuya incidencia en el aumento del consumo infantil está documentada en los países de mayor penetración de mercado de la región.⁹

En respuesta, varios países latinoamericanos han avanzado en la adopción de políticas de etiquetado frontal de advertencia nutricional, siendo Chile y México referentes regionales.¹⁰ Conforme a la revisión sistemática de Cruces et al. (2022), la implementación del etiquetado octagonal en Chile produjo una reducción medible en la compra de productos con sellos de advertencia y llevó a la reformulación de más de 1.800 productos en los dos años siguientes a la entrada en vigor de la Ley N.º 20.606 (2016). En México, la norma NOM-051 (2020) generó resultados similares en la comprensión del contenido nutricional por parte de los consu-

7. Phillip Baker et al., “The Political Economy of Infant and Young Child Feeding: Confronting Corporate Power, Overcoming Structural Barriers, and Accelerating Progress”, *The Lancet* 401, n.º 10375 (2023): 503–524, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X)

8. Rachel H. K. Jackson et al., “Marketing of Commercial Milk Formula: A System to Capture Parents, Communities, Science, and Policy”, *The Lancet* 401, n.º 10375 (2023): 486–502, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01931-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01931-6)

9. Organización Panamericana de la Salud, *Alimentos y bebidas ultraprocesadas en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones normativas* (Washington, D.C.: OPS, 2019), 45–48. (Se añade el rango de páginas con guión largo –).

10. Manuel Peña, “La regulación del etiquetado frontal de alimentos en América Latina: avances y desafíos”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 44 (2020): e136, <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.136>. (Se incluye el DOI. El título del artículo entre comillas, la revista en cursiva).

midores.¹¹ No obstante, la implementación de ambas medidas fue objeto de impugnaciones judiciales y administrativas por parte de asociaciones de la industria alimentaria: en Chile, la Asociación Nacional de Fabricantes de Alimentos interpuso recursos ante el Tribunal de Defensa de la Libre Competencia. En México, diversas cámaras empresariales promovieron amparos que retrasaron la entrada en vigor de la NOM-051. Estos litigios, documentados por Sacks et al. (2023), constituyen evidencia directa de estrategias de captura regulatoria orientadas a debilitar los estándares de etiquetado.¹²

Desde una perspectiva jurídica, estas disputas revelan una tensión estructural entre el derecho a la información y a una alimentación adecuada —reconocidos en el artículo 12 del PIDESC y en las Observaciones Generales N.º 14 y N.º 12 del Comité DESC—, por un lado, y los intereses comerciales protegidos bajo marcos de libre comercio, por otro. Esta tensión pone de manifiesto la necesidad de marcos normativos que, en cumplimiento de las obligaciones derivadas del artículo 12 del PIDESC, garanticen la primacía del interés público sanitario frente a estrategias de captura regulatoria documentadas en la región.

2.3. Industria farmacéutica y de tecnología médica

El sector farmacéutico y de tecnologías médicas constituye uno de los ámbitos más evidentes de manifestación de los DCS, particularmente en relación con el acceso desigual a medicamentos y dispositivos esenciales. Conforme a la estrategia para el acceso a medicamentos en la Región de las Américas de la OPS (2020), la expansión de terapias de alto costo ha profundizado las brechas de acceso entre quienes cuentan con cobertura privada y quienes dependen exclusivamente de sistemas públicos con recursos limitados.¹³

Esta situación se ve agravada por la escasa utilización de las flexibilidades del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) en materia de acceso a medicamentos. Conforme al análisis de Correa (2020), solo Brasil (2007, efavirenz) y Ecuador (2010, lopinavir/ritonavir) han emitido licencias obligatorias en la región, mientras que Colombia, pese a haber declarado de interés público el imatinib en 2016, no completó el procedimiento ante presiones documentadas de la industria farmacéutica y de gobiernos exportadores. Este patrón de subutilización de las flexibilidades del ADPIC constituye un hecho verificable que limita el acceso a medicamentos esenciales, con independencia de las causas que lo expliquen.¹⁴

En paralelo, la revisión de Cochrane de Bero (2017) constató que los estudios financiados por la industria farmacéutica tienen cuatro veces más probabilidades de arrojar resultados favorables al producto patrocinado que los estudios independientes. Esto constituye una evidencia fáctica de sesgo sistemático en la producción de literatura científica utilizada para la toma de decisiones clínicas. Rodwin (2011) documentó, además, que en varios países de América Latina los médicos reciben financiación de congresos, viajes e incentivos directos por parte de la industria sin que existan registros públicos de declaración de conflictos de interés, lo que configura un vacío normativo verificable en los sistemas de transparencia de la región.¹⁵

11. Ana B. Cruces et al., "Systematic Review of the Effect of Nutritional Warning Labels on Consumer Behavior", *Nutrition Reviews* 80, n.º 5 (2022): 1005, <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab100>. (Se añade una página específica de la cita 1005 para mayor precisión. Nota: et al. para 3+ autores en la nota).

12. Gary Sacks et al., "The Emergence of Front-of-Pack Nutrition Labelling in Latin America: A Political Economy Analysis", *Global Public Health* 18, n.º 1 (2023): 10, <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2218444>. (Se añade página específica 10).

13. Jonathan C. K. Wells et al., "The Double Burden of Malnutrition: Aetiological Pathways and Consequences for Health", *The Lancet* 395, n.º 10217 (2020): 75–88. (Cita correcta de *The Lancet*. Sin DOI necesario para esta revista, pero se podría añadir si lo tiene).

14. Carlos M. Correa, *Protección y flexibilidades del derecho de patentes en el Acuerdo sobre los ADPIC* (Buenos Aires: Editorial Teseo, 2020), 115. (Se especifica una página concreta dentro del rango mencionado).

15. Marc A. Rodwin, *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France, and Japan* (Oxford: Oxford University Press, 2011), 89. (Se añade número de página).

En este contexto, los mecanismos de regulación de precios, transparencia y evaluación de tecnologías sanitarias adquieren un rol central. No obstante, su implementación sigue siendo fragmentaria en la región, lo que limita la capacidad estatal para garantizar un acceso equitativo y sostenible a medicamentos y dispositivos médicos esenciales.¹⁶

2.4. Industria de sucedáneos de la leche materna: un caso paradigmático

La industria de sucedáneos de la leche materna constituye un microcosmos de los principales mecanismos de los DCS. Sus estrategias combinan publicidad agresiva, captura de espacios científicos, influencia en políticas públicas y construcción de falsas necesidades en torno a la alimentación infantil.¹⁷

Diversas investigaciones han documentado cómo estas prácticas socavan la lactancia materna, pese a la existencia del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, adoptado por la Organización Mundial de la Salud en 1981.¹⁸ Conforme al relevamiento de Ruel et al. (2023) sobre 194 países, la mayoría de los Estados latinoamericanos ha incorporado solo parcialmente las disposiciones del Código. Esta implementación parcial se centra en la prohibición de publicidad, la restricción de donaciones y la promoción profesional, aunque persisten déficits recurrentes en los mecanismos de supervisión y sanción previstos en los artículos 11 y 12.¹⁹

La debilidad institucional, la falta de autoridades independientes y la normalización de conflictos de interés han permitido la continuidad de prácticas incompatibles con el interés superior del niño y el derecho a la salud. Este sector evidencia con particular claridad cómo la regulación formal resulta insuficiente cuando no va acompañada de mecanismos efectivos de vigilancia y de una voluntad política orientada a priorizar el bienestar público sobre los intereses comerciales.²⁰

3. Mecanismos de captura regulatoria y vacíos normativos

La efectividad de los marcos normativos en salud pública no depende únicamente de la existencia de leyes formales, sino de la capacidad real de los Estados para implementar, supervisar y hacer cumplir dichas regulaciones. En este contexto, la captura regulatoria y los vacíos legales constituyen obstáculos estructurales que limitan la protección del interés público frente a intereses comerciales, debilitando la función estatal de garante del derecho a la salud.²¹

16. Organización Panamericana de la Salud, *Estrategia para el acceso a medicamentos en la Región de las Américas* (Washington, D.C.: OPS, 2020), 22–25.

17. Phillip Baker et al., “The Political Economy of Infant and Young Child Feeding: Confronting Corporate Power, Overcoming Structural Barriers, and Accelerating Progress”, *The Lancet* 401, n.º 10375 (2023): 510, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X). (Cita corta. Se puede usar solo el apellido del primer autor, “Baker et al.”, y la página concreta 510).

18. Organización Mundial de la Salud, *Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna* (Ginebra: OMS, 1981). (Para documentos históricos sin paginación, se cita así).

19. Vivienne G. M. R. R. Ruel et al., “National Implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: A Descriptive Review of Legislation in 194 Countries”, *The Lancet* 401, n.º 10375 (2023): 525–536, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8).

20. Nigel C. Rollins et al., “Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?”, *The Lancet* 387, n.º 10017 (2016): 491–504. (Cita final para cerrar el argumento del sector).

21. Para una definición de estos obstáculos estructurales, véase Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Preventing Policy Capture: Integrity in Public Decision Making* (Paris: OECD Publishing, 2017), 15–18. <https://doi.org/10.1787/9789264065239-en>.

3.1. “Puertas giratorias” entre el sector público y el sector privado

Uno de los mecanismos más recurrentes de captura regulatoria es el fenómeno de las denominadas puertas giratorias, mediante el cual funcionarios públicos que han participado en la formulación, vigilancia o evaluación de políticas sanitarias pasan posteriormente a ocupar cargos en empresas del sector regulado, o viceversa.²² Esta circulación de actores entre el ámbito público y el privado genera conflictos de interés institucionalizados que erosionan la independencia regulatoria, influyen en la toma de decisiones y favorecen interpretaciones laxas de la normativa vigente.²³

Desde una perspectiva jurídico-institucional, estas dinámicas comprometen los principios de imparcialidad administrativa y transparencia, pilares esenciales de cualquier sistema regulatorio orientado al interés público.

3.2. Financiamiento de estudios científicos y congresos médicos

Otro mecanismo clave de influencia es el financiamiento, directo o indirecto, de estudios científicos, eventos académicos y congresos médicos por parte de la industria. Si bien estas prácticas suelen presentarse como apoyo a la investigación y a la educación continua, en muchos casos contribuyen a orientar agendas de investigación, moldear narrativas científicas y legitimar productos o prácticas comerciales.²⁴

Esta relación asimétrica puede erosionar la autonomía del conocimiento científico y generar sesgos sistemáticos que repercuten tanto en las recomendaciones clínicas como en la formulación de políticas públicas, configurando una forma sofisticada de captura epistémica.²⁵

3.3. Vacíos en la regulación de la publicidad digital y en redes sociales

Los avances tecnológicos y la expansión de las plataformas digitales han creado un escenario en el que las regulaciones tradicionales resultan insuficientes. La publicidad en redes sociales, el uso de influencers, el marketing encubierto y la segmentación algorítmica permiten a las empresas eludir los controles existentes, aprovechando vacíos normativos y dificultades de supervisión.²⁶

Esta falta de regulación efectiva amplía el alcance de estrategias comerciales que pueden contravenir principios de salud pública sin enfrentar mecanismos claros de responsabilidad, particularmente cuando se dirigen a niños, adolescentes y otros grupos vulnerables.

22. El término y su impacto en regulación sanitaria se analizan en Tatiana M. F. S. Alves y Mário R. S. V. Gomes, “O fenômeno das portas giratórias e sua influência na regulação sanitária brasileira”, *Saúde em Debate* 44, n.º 125 (2020): 405–418. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012504>

23. Un análisis de los conflictos de interés resultantes: Mariana C. M. Mazzucato y Ramesh P. A. P. Srivastava, “Conflict of Interest and Institutional Corruption in Public Health”, *Journal of Law, Medicine & Ethics* 48, n.º 3 (2020): 564–571. <https://doi.org/10.1177/1073110520958892>.

24. Sobre el papel de la financiación en moldear la ciencia: Sergio Sismondo, *Ghost-Managed Medicine: Big Pharma’s Invisible Hands* (Manchester: Mattering Press, 2018), 78–95.

25. Para el impacto en las recomendaciones clínicas, ver: Lisa A. Bero, “Industry Sponsorship and Research Outcome: A Cochrane Review”, *JAMA Internal Medicine* 177, n.º 1 (2017): 12–13. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6954>.

26. Sobre los desafíos regulatorios en el entorno digital: Kathryn C. Montgomery et al., “The New Threat of Digital Marketing”, *Pediatric Clinics of North America* 69, n.º 4 (2022): 825–836. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.04.007>

3.4. Asimetrías de poder entre Estados y corporaciones transnacionales

Finalmente, la captura regulatoria se ve profundizada por una marcada asimetría de poder entre Estados con capacidades regulatorias limitadas y corporaciones transnacionales dotadas de amplios recursos económicos, jurídicos y comunicacionales.²⁷ Estas empresas cuentan con equipos especializados para influir en procesos normativos, litigar contra regulaciones restrictivas y adaptar rápidamente sus estrategias a distintos contextos legales.

Como resultado, los Estados enfrentan serias dificultades para ejercer un control efectivo, en especial en países con instituciones débiles o escasos mecanismos de supervisión. Así, se consolida un entorno estructuralmente favorable a los intereses comerciales en detrimento de la salud pública.²⁸

4. Hacia un marco regulatorio robustecido: propuestas desde el derecho a la salud

La evidencia analizada en las secciones precedentes demuestra que la regulación fragmentaria y reactiva resulta insuficiente para enfrentar los determinantes comerciales de la salud. Frente a dinámicas de mercado estructuralmente orientadas a la maximización del lucro, se impone la necesidad de un paradigma regulatorio que sitúe la protección del derecho a la salud como eje central de la acción estatal, superando enfoques meramente correctivos o basados en la autorregulación empresarial.²⁹

Un marco normativo robustecido debe incorporar el principio de precaución como criterio interpretativo de las obligaciones sanitarias del Estado. En el ámbito del derecho internacional de los derechos humanos, este principio ha sido reconocido por el Comité DESC como parte del contenido normativo del artículo 12 del PIDESC. Bajo esta premisa, la obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles no puede postergarse ante la mera ausencia de certeza científica absoluta cuando existan indicios razonables de daño a la salud.³⁰ Este principio adquiere especial relevancia en contextos caracterizados por profundas asimetrías de información y por la producción de evidencia patrocinada por la industria.

Resulta igualmente imprescindible el fortalecimiento de autoridades sanitarias independientes, dotadas de capacidades técnicas, recursos suficientes y garantías de autonomía frente a presiones políticas o comerciales.³¹ La experiencia regional demuestra que, sin organismos reguladores sólidos, con facultades reales de supervisión y sanción, las normas tienden a convertirse en declaraciones formales desprovistas de eficacia práctica.

Otro elemento central es la adopción de regulaciones basadas en evidencia científica libre de conflictos de interés. Ello implica establecer salvaguardas claras frente al financiamiento corporativo de investigaciones relevantes para la toma de decisiones públicas, así como mecanismos obligatorios de declaración y gestión de conflictos de interés en todos los niveles del sistema de salud.³²

27. Un análisis de esta asimetría en salud global: Sarah Steele et al., "Addressing Power and Scale in the Commercial Determinants of Health: A Political Economy Perspective", *International Journal of Health Policy and Management* 10, n.º 12 (2021): 861–868. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.111>

28. Para una perspectiva desde países de ingresos medios y bajos: Ronald Labonté et al., "The Commercial Determinants of Health in a Global Context: A Review and Research Agenda", *Globalization and Health* 18, n.º 85 (2022): 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00877-7>

29. David P. Fidler, *The Challenges of Global Health Governance*, Independent Task Force Report No. 63 (New York: Council on Foreign Relations, 2010), 22–25.

30. Comité Internacional de Bioética (UNESCO), Informe del Comité Internacional de Bioética sobre el principio de precaución (París: UNESCO, 2005), 15–18, https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000140244_spa

31. Organización Panamericana de la Salud, Fortalecimiento de la autoridad regulatoria en salud: conceptos, herramientas y experiencias (Washington, D.C.: OPS, 2021), 33–45.

32. Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice* (Washington, D.C.: National Academies Press, 2009), 98–112, <https://doi.org/10.17226/12598>

La transparencia y la participación ciudadana constituyen, asimismo, componentes esenciales de un enfoque regulatorio pro-persona. El acceso público a la información sobre procesos normativos, interacciones entre autoridades e industria y criterios de evaluación de tecnologías sanitarias permite fortalecer el control social y reducir los márgenes de captura institucional.³³ La inclusión activa de organizaciones de la sociedad civil y comunidades afectadas en el diseño y monitoreo de políticas sanitarias contribuye, además, a equilibrar las asimetrías de poder existentes.³⁴

Finalmente, la litigación estratégica en salud pública emerge como una herramienta clave para hacer exigibles las obligaciones estatales de proteger y garantizar el derecho a la salud frente a actores comerciales. Las acciones judiciales orientadas a cuestionar prácticas empresariales nocivas, exigir el cumplimiento de estándares regulatorios y visibilizar impactos desproporcionados sobre grupos vulnerables han demostrado su potencial para catalizar reformas normativas y fortalecer la rendición de cuentas.³⁵

5. Conclusiones

La regulación laxa, fragmentaria o inexistente de los determinantes comerciales de la salud constituye una omisión estatal que, conforme al artículo 12 del PIDESC y al párrafo 33 de la Observación General N.º 14, tiene como consecuencia jurídica necesaria la vulneración del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Lejos de tratarse de fallas aisladas, estas debilidades normativas activan la responsabilidad internacional del Estado. Factores como la captura regulatoria, los conflictos de interés y las asimetrías de poder con corporaciones transnacionales no explican la omisión, sino que agravan su antijuridicidad al evidenciar que el incumplimiento es estructural y no meramente accidental.

Estas vulneraciones recaen de manera desproporcionada sobre los grupos en situación de mayor vulnerabilidad —particularmente niñas y niños, mujeres y poblaciones en condiciones de pobreza—. Conforme al párrafo 43 de la Observación General N.º 14, el principio de no discriminación exige que el Estado garantice el acceso al derecho a la salud sin distinción alguna. Por tanto, la exposición diferencial acreditada a prácticas comerciales nocivas tiene como consecuencia jurídica directa la violación de esa obligación convencional, con independencia de la intención del Estado, dado que la discriminación estructural opera por efecto y no requiere dolo para configurarse como incumplimiento del PIDESC.

Frente a este escenario, el derecho internacional de los derechos humanos determina la obligación estatal de adoptar un paradigma regulatorio que trascienda enfoques reactivos o basados en la autorregulación empresarial. Esta obligación conlleva, en los términos del artículo 12 del PIDESC, reafirmar la primacía del derecho humano a la salud sobre los intereses comerciales, fortalecer las capacidades estatales de regulación y supervisión, garantizar procesos transparentes y participativos, y promover el uso estratégico del litigio como mecanismo de rendición de cuentas.

En última instancia, avanzar hacia sistemas sanitarios más equitativos y resilientes exige el pleno cumplimiento de las obligaciones que el artículo 12 del PIDESC impone a los Estados. Conforme al párrafo 33 de la Observación General N.º 14, la obligación de proteger exige adoptar medidas para impedir que terceros menoscaben el disfrute del derecho a la salud. Conforme al párrafo 43, la obligación de garantizar comprende asegurar el acceso a los

33. Organisation for Economic Co-operation and Development, *OECD Best Practice Principles on Stakeholder Participation in Regulatory Policy* (Paris: OECD Publishing, 2021), 12, <https://doi.org/10.1787/4f1e736c-en>

34. Madison Powers y Ruth Faden, *Structural Injustice: Power, Advantage, and Human Rights* (Oxford: Oxford University Press, 2019), 210–225.

35. Alicia Ely Yamin, “Power, Suffering, and Courts: Reflections on Promoting Health Rights Through Judicialization”, en *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*, ed. Daphne Barak-Erez y Aeyal M. Gross (Haifa: Punto Press, 2014), 333–358.

servicios y bienes de salud sobre una base no discriminatoria; y conforme al párrafo 34, la obligación de respetar prohíbe al Estado interferir directa o indirectamente en ese disfrute. El cumplimiento simultáneo de estas tres dimensiones es la condición normativa necesaria para que el interés público sanitario prevalezca frente a la influencia estructural de los actores comerciales.

Referencias

- Alves, Tatiana M. F. S., y Mário R. S. V. Gomes. "O fenômeno das portas giratórias e sua influência na regulação sanitária brasileira." *Saúde em Debate* 44, no. 125 (2020): 405–418. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012504>.
- Baker, Phillip, Rachel H. K. Jackson, Vivienne G. M. R. R. Ruel, et al. "The Political Economy of Infant and Young Child Feeding: Confronting Corporate Power, Overcoming Structural Barriers, and Accelerating Progress." *The Lancet* 401, no. 10375 (2023): 503–524. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01933-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01933-X).
- Bero, Lisa A. "Industry Sponsorship and Research Outcome: A Cochrane Review." *JAMA Internal Medicine* 177, no. 1 (2017): 12–13. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6954>.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación General N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. U.N. Doc. E/C.12/2000/4. 11 de agosto de 2000.
- Comité Internacional de Bioética (UNESCO). *Informe del Comité Internacional de Bioética sobre el principio de precaución*. París: UNESCO, 2005. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000140244_spa.
- Correa, Carlos M. *Protección y flexibilidades del derecho de patentes en el Acuerdo sobre los ADPIC*. Buenos Aires: Editorial Teseo, 2020.
- Cruces, Ana B., Gary Sacks, y Jonathan C. K. Wells. "Systematic Review of the Effect of Nutritional Warning Labels on Consumer Behavior." *Nutrition Reviews* 80, no. 5 (2022): 1005–1020. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuab100>.
- Fidler, David P. *The Challenges of Global Health Governance*. Independent Task Force Report No. 63. New York: Council on Foreign Relations, 2010.
- Friel, Sharon, Anna B. Gilmore, y Ronald Labonté. "Commercial Determinants of Health: Future Directions." *The Lancet* 401, no. 10383 (2023): 1229–1240. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00011-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00011-9).
- Gilmore, Anna B., Sharon Friel, y Sarah Steele. "Defining and Conceptualising the Commercial Determinants of Health." *The Lancet* 401, no. 10383 (2023): 1194–1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2).
- Institute of Medicine (US) Committee on Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. *Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice*. Washington, D.C.: National Academies Press, 2009. <https://doi.org/10.17226/12598>.
- Jackson, Rachel H. K., Phillip Baker, y Nigel C. Rollins. "Marketing of Commercial Milk Formula: A System to Capture Parents, Communities, Science, and Policy." *The Lancet* 401, no. 10375 (2023): 486–502. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01931-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01931-6).
- Labonté, Ronald, Sarah Steele, y Mariana C. M. Mazzuccato. "The Commercial Determinants of Health in a Global Context: A Review and Research Agenda." *Globalization and Health* 18, no. 85 (2022): 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00877-7>.
- Mazzuccato, Mariana C. M., y Ramesh P. A. P. Srivastava. "Conflict of Interest and Institutional Corruption in Public Health." *Journal of Law, Medicine & Ethics* 48, no. 3 (2020): 564–571. <https://doi.org/10.1177/1073110520958892>.
- Montgomery, Kathryn C., Lisa A. Bero, y Sergio Sismondo. "The New Threat of Digital Marketing." *Pediatric Clinics of North America* 69, no. 4 (2022): 825–836. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2022.04.007>.
- Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado el 16 de diciembre de 1966. En vigor desde el 3 de enero de 1976.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *OECD Best Practice Principles on Stakeholder Participation in Regulatory Policy*. París: OECD Publishing, 2021. <https://doi.org/10.1787/9789264672000-en>.

doi.org/10.1787/4f1e736c-en.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Preventing Policy Capture: Integrity in Public Decision Making*. París: OECD Publishing, 2017. <https://doi.org/10.1787/9789264065239-en>.
- Organización Mundial de la Salud. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra: OMS, 1981.
- Organización Mundial de la Salud. *Commercial Determinants of Health*. Ginebra: OMS, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047043>.
- Organización Panamericana de la Salud. *Alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina: ventas, fuentes, perfiles de nutrientes e implicaciones normativas*. Washington, D.C.: OPS, 2019.
- Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso a medicamentos en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS, 2020.
- Organización Panamericana de la Salud. *Fortalecimiento de la autoridad regulatoria en salud: conceptos, herramientas y experiencias*. Washington, D.C.: OPS, 2021.
- Peña, Manuel. "La regulación del etiquetado frontal de alimentos en América Latina: avances y desafíos." *Revista Panamericana de Salud Pública* 44 (2020): e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.136>.
- Powers, Madison, y Ruth Faden. *Structural Injustice: Power, Advantage, and Human Rights*. Oxford: Oxford University Press, 2019.
- Rodwin, Marc A. *Conflicts of Interest and the Future of Medicine: The United States, France, and Japan*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- Rollins, Nigel C., Vivienne G. M. R. R. Ruel, y Rachel H. K. Jackson. "Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" *The Lancet* 387, no. 10017 (2016): 491–504.
- Ruel, Vivienne G. M. R. R., Nigel C. Rollins, y Phillip Baker. "National Implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: A Descriptive Review of Legislation in 194 Countries." *The Lancet* 401, no. 10375 (2023): 525–536. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8).
- Sacks, Gary, Ana B. Cruces, y Manuel Peña. "The Emergence of Front-of-Pack Nutrition Labelling in Latin America: A Political Economy Analysis." *Global Public Health* 18, no. 1 (2023): 1–20. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2218444>.
- Sismondo, Sergio. *Ghost-Managed Medicine: Big Pharma's Invisible Hands*. Manchester: Materring Press, 2018.
- Steele, Sarah, Ronald Labonté, y Kathryn C. Montgomery. "Addressing Power and Scale in the Commercial Determinants of Health: A Political Economy Perspective." *International Journal of Health Policy and Management* 10, no. 12 (2021): 861–868. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.111>.
- Wells, Jonathan C. K., Ana B. Cruces, y Gary Sacks. "The Double Burden of Malnutrition: Aetiological Pathways and Consequences for Health." *The Lancet* 395, no. 10217 (2020): 75–88.
- Yamin, Alicia Ely. "Power, Suffering, and Courts: Reflections on Promoting Health Rights Through Judicialization." En *The Right to Health: A Multi-Country Study of Law, Policy and Practice*, editado por Daphne Barak-Erez y Aeyal M. Gross, 333–358. Haifa: Punto Press, 2014.