



Asamblea General

Distr. general
18 de julio de 2024
Español
Original: inglés

Septuagésimo noveno período de sesiones

Tema 71 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

El derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

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, de conformidad con la resolución del Consejo de Derechos Humanos [51/21](#).

* [A/79/150](#).



Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

Reducción de daños para una paz y un desarrollo sostenibles

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 reducción de daños y estudia este modelo como aplicable al consumo de drogas y a otras cuestiones que son fundamentales para la paz y el desarrollo sostenibles, poniendo de relieve las poblaciones que a menudo se ven estigmatizadas, criminalizadas y discriminadas en detrimento de su disfrute de los derechos humanos. Se centra en los casos de consumo de drogas, exposición a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), su transmisión y no revelación del estado serológico respecto del VIH, aborto, relaciones homosexuales y trabajo sexual, argumentando que los Estados deberían desprenderse de un enfoque punitivo, alejarse de la penalización y emplear al mismo tiempo herramientas reguladoras para mejorar los resultados de salud. En el caso del tabaco, el alcohol, la alimentación y la nutrición, así como de los daños ambientales, argumenta que la reducción de daños significa regular de forma adecuada y eficaz a los agentes empresariales. La Relatora Especial aborda cómo la reducción de daños puede ajustarse al derecho a la salud y los derechos relacionados en el contexto de la cobertura sanitaria universal y a los derechos de aquellas personas en situación de vulnerabilidad, incluidos los conflictos, las emergencias sanitarias y el cambio climático. En su informe, se centra en las buenas prácticas en diferentes partes del mundo y anima a los Estados a integrar la reducción de daños como parte de los planes de cobertura sanitaria universal, mediante la incorporación de servicios integrales que sean accesibles, asequibles, aceptables y de calidad.

I. Introducción

1. La prevención y la reparación del daño son aspiraciones que han orientado durante mucho tiempo a las sociedades y su uso de la ley, en particular en el ámbito de la salud¹, en el que el principio de "no causar daño" ha sido un principio rector durante miles de años². Sin embargo, aunque la necesidad de que las sociedades se mantengan alejadas del daño ha sido evidente, ha habido menos acuerdo sobre lo que constituye y causa el daño en el tiempo y el espacio, así como sobre la forma de responder a él. El daño puede presentarse de muchas maneras. A veces, se deriva de determinados comportamientos o sustancias; otras veces, no se deriva de los comportamientos o sustancias en sí, sino más bien de cómo los Estados los abordan (o no). En el caso del aborto, el trabajo sexual o las relaciones homosexuales, no cabe decir que exista daño real o potencial alguno; más bien, el daño se deriva de las respuestas del Estado, que a menudo adoptan la forma de criminalización³. Sin embargo, este enfoque socava las iniciativas en materia de salud pública, pues impone barreras a los servicios sanitarios y empeora los resultados de salud correspondientes⁴.

2. El colonialismo ha contribuido a arraigar normas y políticas perjudiciales en los sistemas jurídicos de todo el mundo, incluida la criminalización en circunstancias como las descritas anteriormente, una de las manifestaciones más claras del inminente poder de los Estados sobre las personas. El dominio mundial de las empresas, que en su mayoría tienen su sede en el Norte Global y operan en el Sur Global, se asemeja al neocolonialismo que contribuye a extender el daño mediante la fabricación y la comercialización de productos nocivos, como el tabaco, el alcohol, los alimentos no saludables y los daños ambientales. Frente a estas complejidades entrelazadas de poder y daños resultantes, un enfoque de la reducción de daños basado en los derechos humanos es crucial para mostrar el camino a seguir.

3. La Relatora Especial sigue la definición de la reducción de daños establecida como relativa a "políticas, programas y prácticas que pretenden minimizar los efectos negativos sanitarios, sociales y jurídicos asociados al consumo de drogas, las políticas y las leyes en materia de drogas"⁵. En el presente informe, analiza este modelo como aplicable al consumo de drogas y a otras cuestiones que son fundamentales para la paz y el desarrollo sostenibles, poniendo de relieve a las poblaciones que a menudo se ven estigmatizadas, criminalizadas y discriminadas en detrimento de su disfrute de los derechos humanos. Para ello, analiza lo que significa la reducción de daños, como en los casos de consumo de drogas, exposición a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), su transmisión y no revelación, aborto, relaciones homosexuales y trabajo sexual, argumentando que los Estados deberían desprenderse de un enfoque punitivo, alejarse de la penalización y emplear al mismo tiempo herramientas reguladoras para mejorar los resultados de salud. En el caso del tabaco, el alcohol, la alimentación y la nutrición, así como de los daños ambientales, argumenta que la reducción de daños significa regular de forma adecuada y eficaz a los agentes empresariales.

4. El informe parte de la premisa consolidada de que la salud y los derechos humanos son marcos que se refuerzan mutuamente, lo que significa que un enfoque

¹ Alice M. Miller y Mindy Jane Roseman. *Beyond Virtue and Vice: Rethinking Human Rights and Criminal Law* (University of Pennsylvania Press, 2019).

² Organización Mundial de la Salud (OMS), "Seguridad del paciente", 11 de septiembre de 2023.

³ A/HRC/14/20, párr. 5; y A/66/254, párr. 21.

⁴ *Ibid.*

⁵ Véase <https://hri.global/what-is-harm-reduction/>.

basado en los derechos humanos puede contribuir activamente – y al mismo tiempo beneficiarse– de herramientas de salud pública como la reducción de daños⁶.

5. En la reducción de daños y en todos los demás ámbitos, no hay camino hacia la paz y el desarrollo sostenibles sin la participación significativa de las poblaciones que se enfrentan a formas históricas y actuales de marginación, como los trabajadores sexuales, las mujeres, las personas LGBTIQ+, la población negra, los Pueblos Indígenas, las personas migrantes, las personas que viven con el VIH o la hepatitis, las personas con discapacidad, las personas sin hogar o en situación de pobreza, las personas y las personas que viven en zonas rurales.

6. La Relatora Especial aborda cómo la reducción de daños puede ajustarse al derecho a la salud y los derechos relacionados en el contexto de la cobertura sanitaria universal y los derechos de aquellas personas en situación de vulnerabilidad, incluidos los conflictos, las emergencias sanitarias y el cambio climático.

II. Metodología

7. La Relatora Especial se basa en el trabajo de sus predecesores, en el que han analizado el papel de la reducción de daños para abordar los efectos sobre los derechos humanos de las leyes y políticas internacionales en materia de drogas como parte de la “Guerra contra las Drogas”, y cómo estos marcos jurídicos han contribuido a un entorno de mayores riesgos y violaciones de los derechos humanos⁷.

8. Su objetivo es ilustrar la aplicabilidad del modelo de reducción de daños más allá del consumo de drogas en un ámbito más amplio. Para ello, analiza varios ejemplos de problemas de salud pública, cuyos daños asociados a menudo no derivan necesariamente de un comportamiento o una sustancia en sí, sino de los marcos jurídicos que los rodean. Señala que los ejemplos facilitados en el informe no son exhaustivos con respecto a la aplicabilidad potencial del modelo de reducción de daños. Su intención es seguir estudiando otras aplicaciones en el futuro.

9. Para preparar el presente informe, la Relatora Especial realizó una convocatoria de aportaciones, invitando a las partes interesadas a compartir sus experiencias vitales y sus conocimientos sobre las leyes, políticas y prácticas pertinentes, con especial atención a las personas y comunidades más vulnerables y que llevan sufriendo discriminación desde hace mucho tiempo⁸. La Relatora Especial agradece todas las contribuciones de las partes interesadas al informe.

III. Marco jurídico

A. Marco de derechos humanos⁹

10. Los marcos de los determinantes sociales, políticos y comerciales de la salud, con las consideraciones sobre la igualdad sustantiva, pueden servir como base del contenido normativo de los determinantes subyacentes de la salud. La Agenda 2030

⁶ Jonathan Mann *et al.*, “Health and human rights”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 1, núm. 1 (1994).

⁷ Véase [A/65/255](#); y Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Declaración de la experta en el derecho a la salud sobre la protección de los consumidores de drogas durante la pandemia de COVID-19, 16 de abril de 2020.

⁸ Véase <https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2024/harm-reduction-sustainable-peace-and-development>.

⁹ [A/HRC/56/52](#), párrs. 15 a 25.

para el Desarrollo Sostenible proporciona un marco claro de la conexión entre los diferentes Objetivos para lograr el derecho a la salud sin dejar a nadie atrás.

11. El derecho a la salud está vinculado a otros derechos, como el derecho a la información, como componente del derecho a la salud¹⁰ y como derecho independiente¹¹. El derecho a la información exige que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento¹². Cuando muchas enfermedades son el resultado de factores de riesgo prevenibles, el acceso a una información clara, accesible y pertinente es clave para que las personas puedan comprender plenamente los riesgos relacionados con la salud y tomar decisiones fundamentadas¹³. La información relacionada con la salud es igualmente importante en el contexto de la salud sexual y reproductiva¹⁴.

12. La Relatora Especial acoge con satisfacción la resolución relativa a los derechos humanos en el contexto del VIH y el sida adoptada por el Consejo de Derechos Humanos durante su 56º período de sesiones, en la que este “insta a los Estados [...] a que examinen o deroguen los marcos jurídicos y normativos que sean restrictivos, punitivos o discriminatorios y afecten negativamente a la ejecución satisfactoria, eficaz y equitativa de los programas y servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH, así como al acceso a estos, para todas las personas que viven o se presume que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él, en particular las poblaciones clave”¹⁵.

13. Si bien la accesibilidad a la información comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, el ejercicio de este derecho no debe menoscabar la confidencialidad de los datos personales relativos a la salud¹⁶. El derecho a la privacidad, como componente del derecho a la salud¹⁷ y como derecho independiente a no padecer injerencias arbitrarias o ilegales en su privacidad¹⁸, es pertinente especialmente en circunstancias en las que los historiales médicos se comparten con organismos encargados de hacer cumplir la ley¹⁹.

14. Las disposiciones punitivas y las restricciones jurídicas para regular el control de las personas sobre su propio cuerpo, los derechos a la autonomía corporal²⁰, en particular mediante la regulación de las relaciones consentidas entre adultos del mismo sexo, la interrupción del embarazo y el trabajo sexual, es una forma grave e injustificada de control estatal, que genera estigmatización y discriminación y constituye una violación de los derechos humanos²¹.

¹⁰ E/C.12/2000/4, párr. 12 b).

¹¹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 19.2.

¹² E/C.12/2000/4, párr. 16.

¹³ Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, arts. 10, 12 y 14.c; A/71/282, párr. 76. ACNUDH, Declaración de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud en relación con la adopción de etiquetado de advertencia en la parte frontal del envase para hacer frente a las ENT, 27 de julio de 2020.

¹⁴ E/C.12/2000/4, párr. 11.

¹⁵ Véase la resolución 56/20 del Consejo de Derechos Humanos.

¹⁶ E/C.12/2000/4, párr. 12 b).

¹⁷ *Ibid.*, párr. 3.

¹⁸ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 17.

¹⁹ A/64/272, párr. 20; y Open Society Institute, “The effects of drug user registration laws on people’s rights and health: key findings from Russia, Georgia, and Ukraine”, octubre de 2009, págs. 16 a 18.

²⁰ E/C.12/2000/4, párr. 8.

²¹ A/HRC/32/44, párrs. 76 a 78; y A/HRC/WG.11/39/1, párr. 19.

15. Además, la denegación del aborto puede causar graves dolores o sufrimientos físicos y mentales a las personas embarazadas²² en determinadas circunstancias que alcanzan el umbral de tortura o trato cruel, inhumano o degradante, un derecho protegido de forma autónoma por el marco jurídico internacional²³. La denegación de servicios posteriores al aborto, a menudo como resultado de la criminalización o la estigmatización, puede tener consecuencias negativas igualmente duraderas para las personas embarazadas²⁴.

16. Cabe destacar que el derecho a la vida conlleva la obligación general de los Estados de tomar todas las medidas necesarias para impedir la privación arbitraria de la vida, especialmente por parte de funcionarios encargados de hacer cumplir la ley²⁵ y en el contexto del encarcelamiento²⁶. El respeto y el aseguramiento del derecho a la vida se extiende a las amenazas razonablemente previsibles y a las situaciones que ponen potencialmente mortales²⁷. Los Estados están igualmente obligados a adoptar medidas positivas para proteger el derecho a la vida, en particular en relación con las personas históricamente en situación de riesgo o marginación, incluidas las personas LGBTIQ+²⁸.

17. El derecho a vivir con dignidad implica abordar las condiciones de la sociedad que amenazan la vida de las personas o les impiden disfrutar de una vida digna²⁹. Estrechamente relacionada con los determinantes de la salud, la creación de condiciones adecuadas para una vida digna implica, entre otros aspectos, abordar la degradación ambiental, el abuso de sustancias y la pobreza extrema, así como hacer frente a la estigmatización, la violencia y otras prácticas nocivas³⁰. El derecho a vivir con dignidad también está estrechamente vinculado al derecho a un medio ambiente limpio, saludable y sostenible³¹, que implica elementos sustantivos como: el aire limpio; un clima seguro; el acceso al agua potable y al saneamiento adecuado; alimentos sanos y producidos de forma sostenible; entornos no tóxicos en los que vivir; y una diversidad biológica y unos ecosistemas saludables³².

18. Además, el derecho a beneficiarse del progreso científico exige que los Estados adapten sus políticas y programas a las mejores pruebas científicas disponibles y generalmente aceptadas³³, lo que se aplica a la legislación y las políticas en materia de salud, incluidas las iniciativas de reducción de daños en el contexto del consumo de drogas y los trastornos por consumo de drogas³⁴; y otras iniciativas de prevención, control y tratamiento de enfermedades y sus factores de riesgo³⁵. Los Estados deben “adoptar medidas para evitar los riesgos asociados a la existencia de conflictos de intereses creando un entorno en el que los conflictos de intereses reales o aparentes se divulguen y regulen adecuadamente, especialmente los que afecten a los

²² [CCPR/C/85/D/1153/2003](#), párr. 6.3.

²³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 7.

²⁴ [A/66/254](#), párrs. 31 a 33.

²⁵ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36, párr. 13.

²⁶ *Ibid.*, párr. 25.

²⁷ *Ibid.*, párr. 7.

²⁸ *Ibid.*, párrs. 21 y 23.

²⁹ *Ibid.*, párr. 26.

³⁰ *Ibid.*, párr. 26.

³¹ Véase la resolución [76/300](#) de la Asamblea General.

³² Véase [A/HRC/43/53](#).

³³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 25 (2020), párr. 52.

³⁴ [A/HRC/56/52](#), párr. 16.

³⁵ ACNUDH, ACNUDH, Declaración de la Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud en relación con la adopción de etiquetado de advertencia en la parte frontal del envase para hacer frente a las ENT, 27 de julio de 2020.

investigadores científicos que prestan asesoramiento en materia de políticas a los encargados de formularlas y a otros funcionarios públicos”³⁶.

19. El derecho a la salud está vinculado al derecho a la igualdad y a la no discriminación, que prohíbe cualquier discriminación tanto en el acceso a la atención sanitaria y los determinantes subyacentes de la salud, como en los medios y derechos para conseguirlos³⁷. Cuando se trata de la reducción de daños, los Estados deben eliminar la discriminación formal velando por que sus leyes y políticas no discriminen por motivos prohibidos, así como eliminar la discriminación sustantiva mediante la aplicación de medidas para abordar las condiciones y actitudes que causan o perpetúan la discriminación³⁸. A su vez, esto requiere medidas para dismantelar los sistemas de opresión en todas sus formas, especialmente cuando la ley contribuye a perpetuar dicha opresión³⁹. Por ejemplo, los Estados deben adoptar medidas positivas que den prioridad a las personas de los grupos más marginados, por ejemplo, garantizando que los trabajadores sanitarios de los programas de reducción de daños estén formados para responder a las necesidades específicas de los trabajadores sexuales, las personas que consumen drogas, las personas trans e intersexuales y otros grupos en situación de vulnerabilidad⁴⁰.

B. Obligación de los Estados de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos

20. La obligación de respetar exige a los Estados que se abstengan de crear y aplicar leyes, políticas y prácticas discriminatorias que contribuyan a las desigualdades en salud en el contexto de la reducción de daños⁴¹.

21. En el contexto de las actividades empresariales, la obligación del Estado de proteger implica la obligación de impedir de manera eficaz que las empresas vulneren los derechos humanos, en particular mediante la intervención directa para proteger la salud pública⁴². Del mismo modo, esta obligación exige garantizar que los terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud⁴³, algo especialmente pertinente en el contexto de la reducción de daños, en el que la información errónea puede inducir fácilmente a error a las personas y hacerles creer que algunas alternativas son más saludables o sostenibles de lo que realmente son.

22. Conjuntamente, las empresas tienen la responsabilidad de respetar todos los derechos humanos⁴⁴, entre ellos el derecho a la salud⁴⁵. Esta responsabilidad requiere evitar infringir los derechos humanos y abordar los efectos adversos en los que puedan estar implicadas las empresas, así como llevar a cabo la diligencia debida en materia de derechos humanos para determinar, prevenir, mitigar y rendir cuentas de las

³⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 25 (2020), párr. 53; y [A/HRC/48/61](#), párr. 77, describe los conflictos de intereses como “una amenaza directa para el derecho a la ciencia”.

³⁷ [E/C.12/2000/4](#), párr. 18.

³⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párr. 8 b).

³⁹ [A/HRC/56/52](#), párr. 30.

⁴⁰ [E/C.12/2000/4](#), párr. 37; y [A/HRC/56/52](#), párr. 28.

⁴¹ [E/C.12/2000/4](#), párr. 34.

⁴² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 24 (2017), párrs. 14 y 19.

⁴³ [E/C.12/2000/4](#), párr. 35.

⁴⁴ Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos: puesta en práctica del marco de las Naciones Unidas para “proteger, respetar y remediar” ([A/HRC/17/31](#), anexo).

⁴⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 24 (2017).

repercusiones para los derechos humanos que pueden tener o a las que pueden contribuir⁴⁶. Del mismo modo, las empresas deben abstenerse de influir o interferir indebidamente en las iniciativas de reducción de daños basadas en pruebas y que promueven el derecho.

23. La obligación de dar efectividad exige a los Estados que “reconozcan suficientemente” el derecho a la salud, preferiblemente a través de la legislación nacional y del análisis de todos los determinantes subyacentes de la salud⁴⁷. Los Estados deben garantizar que los proveedores de atención de salud estén formados para dar reconocimiento y respuesta, con servicios culturalmente aceptables, a las necesidades específicas de los grupos marginados⁴⁸.

IV. Daño e igualdad sustantiva

24. La discriminación puede ser de varios tipos⁴⁹. Las personas no pueden recibir un trato diferente injustificado por un motivo prohibido, ni las leyes, políticas o prácticas aparentemente neutras pueden tener un impacto desproporcionado en las personas o los grupos protegidos por el marco antidiscriminatorio⁵⁰. Entre los motivos de discriminación prohibidos se incluyen los expresos, como la raza y el color, el sexo y el origen nacional o social⁵¹, y otros señalados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su observación general núm. 20 (2009) sobre la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, por ejemplo, a través de la estigmatización y la marginación que sufren las personas en contextos específicos, como en el contexto de la condición de discapacidad, el estado de salud, la situación económica y social, y la orientación sexual o la identidad de género⁵².

25. En el contexto de la reducción de daños, la estigmatización y la marginación asociadas a determinados comportamientos o sustancias pueden estar relacionados con el marco jurídico que los rodea. Por ejemplo, un marco jurídico excesivamente dependiente del derecho penal ha alimentado la estigmatización y la marginación contra las personas que practican el trabajo sexual, en el contexto del aborto y las relaciones homosexuales, así como en los casos de la transmisión del VIH, la exposición a este y su no revelación. Al mismo tiempo, un marco jurídico excesivamente laxo con los agentes empresariales puede contribuir a que sus actividades tengan una repercusión desproporcionada en determinadas personas a las que van dirigidas o que están expuestas a prácticas comerciales.

26. Por ejemplo, en la publicidad digital, los algoritmos diseñados para optimizar los mensajes en función del comportamiento individual previo pueden hacer que las personas con trastornos por consumo de drogas o trastornos alimentarios estén más expuestas a las estrategias comerciales de los mismos productos que son sus desencadenantes. En este caso, aunque la exposición desproporcionada se produce, en principio, en función del estado de salud⁵³, puede combinarse con otros factores,

⁴⁶ Principios Rectores sobre las empresas y los derechos humanos, principios 11 a 24.

⁴⁷ E/C.12/2000/4, párr. 36.

⁴⁸ *Ibid.*, párr. 37.

⁴⁹ A/HRC/56/52, párr. 30.

⁵⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párr. 10.

⁵¹ *Ibid.*, párrs. 18 a 24.

⁵² *Ibid.*, párr. 27.

⁵³ La discriminación basada en el estado de salud está prohibida en virtud del artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que prohíbe la discriminación basada en “cualquier otra condición social”; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párr. 33.

que también pueden ser motivos protegidos de discriminación, como la raza, el sexo o la situación socioeconómica⁵⁴, con lo que aumentan las desigualdades en salud.

A. Criminalización de los comportamientos individuales

27. La legislación y la política pueden convertirse en un instrumento para el daño, ya sea potenciándolo o generándolo. En particular, la criminalización, que a menudo afecta de forma desproporcionada a las personas históricamente más vulnerables, según ha revelado el presente informe: en casos de consumo de drogas, de exposición al VIH, transmisión de este y revelación del estado serológico respecto del VIH, de aborto, de relaciones homosexuales y de trabajo sexual.

1. Consumo de drogas

28. La criminalización es una opción extrema y representa un obstáculo para que las personas que consumen drogas busquen atención sanitaria⁵⁵, tanto para acceder a medicamentos y servicios como para establecer relaciones terapéuticas y continuar con los regímenes de tratamiento cuando sea necesario, lo que conlleva peores resultados de salud, ya que, además de la estigmatización, las personas que consumen drogas pueden temer consecuencias jurídicas o ser juzgadas y acosadas⁵⁶.

29. El uso de sanciones penales, incluida la pena de muerte, provoca más daños a las personas que consumen drogas y no consigue reducir el consumo y el tráfico de drogas⁵⁷. En 2023, 34 países mantenían la pena de muerte por delitos relacionados con las drogas⁵⁸. En algunos países, las políticas punitivas y represivas en materia de drogas también han dado lugar a ejecuciones extrajudiciales⁵⁹.

30. A pesar de que los medicamentos basados en opioides están incluidos en la lista de medicamentos esenciales elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchos países no garantizan el acceso para uso médico a medicamentos de tratamiento con agonistas opioides como la metadona, de eficacia demostrada como medida de reducción de daños⁶⁰ y para el tratamiento de la dependencia de opioides⁶¹.

31. Las leyes y políticas punitivas en materia de drogas han tenido una repercusión profundamente negativa en las minorías, las mujeres y las niñas, las personas LGBTIQ+, los trabajadores sexuales, los migrantes y las personas que viven con el VIH/sida, entre otros grupos de población⁶².

⁵⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párrs. 18 a 24.

⁵⁵ Presentación de Suiza.

⁵⁶ A/HRC/56/52, párr. 31; y A/HRC/14/20, párr. 47.

⁵⁷ A/65/255 párrs. 14 y 16; Presentación de Eleos Justice.

⁵⁸ Harm Reduction International, *The Death Penalty for Drug Offences: Global Overview 2023* (Londres, 2024), pág. 14; y presentación de Eleos Justice.

⁵⁹ Presentación de Eleos Justice.

⁶⁰ OMS, *Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave* (Ginebra, 2009); y presentación de la Comisión Global de Políticas de Drogas.

⁶¹ OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Ginebra, 2009); y presentación de la Comisión Global de Políticas de Drogas.

⁶² A/HRC/56/52, párr. 37.

2. Exposición al VIH, transmisión de este y no revelación del estado serológico respecto del VIH

32. Más de 130 países criminalizan el VIH en algún grado⁶³. El derecho penal relacionado incluye leyes que prohíben específicamente la transmisión del VIH (por las que el estado serológico respecto del VIH es el único factor que transforma un acto legal –relaciones sexuales consentidas– en ilegal), y la aplicación de la legislación penal existente a los casos que implican la transmisión del VIH (en los que la transmisión del VIH es un factor agravante de un delito existente, como el abuso sexual)⁶⁴.

33. Numerosas pruebas indican que la criminalización específica del VIH actúa como un obstáculo para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH⁶⁵.

34. En los países que han tipificado como delito la transmisión maternoinfantil del VIH, las mujeres corren un mayor riesgo de ser sometidas a una persecución penal⁶⁶. Las personas migrantes y solicitantes de asilo han sido perseguidas penalmente de forma desproporcionada por transmisión del VIH⁶⁷. La criminalización específica del VIH estigmatiza aún más a las personas que viven con el VIH al crear una presunción de criminalidad relacionada únicamente con su estado de salud y señalar que son una amenaza perpetua para sus comunidades y parejas⁶⁸. Las personas condenadas en virtud de estas leyes a veces se incluyen en registros de delincuentes sexuales, lo que las somete a una mayor estigmatización que va más allá de la duración de su encarcelamiento⁶⁹.

3. Aborto

35. La asistencia para el aborto es segura, eficaz y no intrínsecamente perjudicial⁷⁰. Sin embargo, en 2023, 134 países penalizaron a quienes solicitan abortar, 181 penalizaron a quienes practican el aborto y 159 penalizaron a las personas que ayudan a abortar⁷¹. Criminalización en el contexto del aborto, que implica la aplicación del derecho penal a cualquier persona que solicite, proporcione o facilite información con base empírica, tenga acceso a ella o preste ayuda o asistencia con respecto a esta, o que tenga conocimiento de que alguien ha accedido al aborto⁷². La amenaza de ser enjuiciado o encarcelado puede tener un “efecto de enfriamiento” en la prestación de asistencia sanitaria, incluida la atención posterior al aborto⁷³. La criminalización del aborto está asociada a la falta de medicamentos esenciales aprobados para el aborto, como la mifepristona y el misoprostol, a la escasez de suministros y a las trabas en la

⁶³ Edwin J Bernard, Alison Symington y Sylvie Beaumont, “Punishing vulnerability through HIV criminalization”, *American Journal of Public Health*, vol. 103, núm. S4 (junio de 2022).

⁶⁴ [A/HRC/14/20](#), párr. 52.

⁶⁵ Zita Lazzarini *et al.*, “Criminalization of HIV transmission and exposure: research and policy agenda” (2013) 103(8) *American Journal of Public Health*, vol. 103, núm. 8 (agosto de 2013).

⁶⁶ [A/HRC/14/20](#), párr. 66.

⁶⁷ Amnistía Internacional, *Políticas del cuerpo: manual general sobre la criminalización de la sexualidad y la reproducción* (Londres, 2018), pág. 48.

⁶⁸ *Ibid.*

⁶⁹ *Ibid.*, pág. 136.

⁷⁰ OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto* (Ginebra, 2022).

⁷¹ Sanhita Ambast, Hazal Atay y Antonella Lavelanet, “A global review of penalties for abortion-related offences in 182 countries”, *BMJ Global Health*, vol. 8, núm. 3 (2023).

⁷² [A/66/254](#), párrs. 21 a 36.

⁷³ Véase CCPR/C/11/D/2425/2014.

formación de los trabajadores sanitarios para prestar asistencia relacionada con el aborto⁷⁴, así como a la reticencia de algunos trabajadores sanitarios a ofrecerla⁷⁵.

36. Las mujeres y los niños pertenecientes a minorías raciales, étnicas y nacionales, por ejemplo, tienen mayor incidencia de embarazos imprevistos y mayores tasas de abortos, en particular las mujeres negras⁷⁶, también más a menudo enjuiciadas⁷⁷.

4. Trabajo sexual⁷⁸

37. En marzo de 2023, más de 150 países criminalizaban algún aspecto del trabajo sexual⁷⁹. Los marcos jurídicos que criminalizan el trabajo sexual se basan en la premisa de que el uso del derecho penal logrará erradicar o disminuir la industria del sexo. Sin embargo, los trabajos de investigación realizados indican sistemáticamente que la criminalización del trabajo sexual no lo consigue⁸⁰ y repercute negativamente en la salud de los trabajadores sexuales⁸¹. La criminalización acentúa su exclusión del acceso a los servicios sanitarios esenciales⁸². Del mismo modo, la criminalización les niega las protecciones laborales básicas, incluidas las de salud y seguridad en el trabajo, que se conceden a los trabajadores de otros sectores⁸³. Además, la criminalización aumenta los riesgos para la salud de los trabajadores sexuales, ya que el miedo a ser detenidos los lleva a realizar transacciones apresuradas, prácticas sexuales más arriesgadas o encuentros en lugares apartados donde tienen menos control⁸⁴.

38. La criminalización aumenta los índices de acoso, violencia y delincuencia contra los trabajadores sexuales, además de hacerlos menos propensos a denunciar estos abusos a las autoridades por miedo a ser detenidos⁸⁵. Asimismo, los enfoques punitivos pueden perpetuar la estigmatización, con lo que se obstaculiza el acceso a la atención sanitaria, incluidos los cribados y la atención médica periódicos, la prevención adecuada y el acceso a otros servicios e información sanitarios necesarios⁸⁶.

39. El trabajo sexual es una industria mayoritariamente feminizada que sigue jerarquías patriarcales, raciales y de clase preexistentes⁸⁷. En un estudio reciente con trabajadores sexuales, los investigadores descubrieron que el 74 % de los participantes vivía por debajo del umbral de pobreza, el 70 % había experimentado una vivienda inestable y casi el 60 % tenía bajos niveles de educación formal, lo que limitaba sus opciones laborales⁸⁸. Además, se suele criminalizar a los trabajadores

⁷⁴ [A/66/254](#), párrs. 21 a 36.

⁷⁵ OMS, *Directrices sobre la atención para el aborto*, págs. 12 y 13.

⁷⁶ [CERD/C/USA/CO/6](#), párr. 33.

⁷⁷ Colombia, Código penal. Ley núm. 599 de 24 de julio de 2000, Diario oficial núm. 44.097 (24 de julio de 2004), párr. 363.

⁷⁸ ACNUDH “A guide on the human rights of sex workers”, 14 de marzo de 2024.

⁷⁹ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), “New legal principles launched on International Women’s Day to advance decriminalization efforts”, 8 de marzo de 2023.

⁸⁰ Sean Bland y Benjamin Brooks. “Improving Laws and Policies to Protect Sex Workers and Promote Health and Well-Being, a report on the Criminalization of Sex Work in the District of Columbia” (2020).

⁸¹ [A/HRC/14/20](#), párr. 34.

⁸² ACNUDH, “A guide on the human rights of sex workers”.

⁸³ [A/HRC/14/20](#), párr. 27.

⁸⁴ *Ibid.*, párrs. 36 a 37.

⁸⁵ OMS, *Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, las hepatitis víricas y las ITS para grupos de población clave*.

⁸⁶ Bland y Brooks. “Improving Laws and Policies to Protect Sex”.

⁸⁷ [A/HRC/WG.11/39/1](#), párr. 3.

⁸⁸ Bland y Brooks. “Improving Laws and Policies to Protect Sex”, pág. 13.

sexuales indirectamente a través de la criminalización de otros comportamientos adoptados por comunidades marginadas y desfavorecidas, incluida la criminalización del consumo y la tenencia de drogas, de las relaciones homosexuales o de determinadas orientaciones sexuales o identidades de género, así como de las personas sin hogar⁸⁹.

5. Relaciones homosexuales

40. A pesar del creciente reconocimiento de los derechos humanos de las personas LGBTQA+, alrededor de 77 países siguen teniendo leyes discriminatorias que penalizan las relaciones homosexuales privadas y consentidas⁹⁰. Muchas de estas leyes se aplicaron por primera vez bajo el dominio colonial británico, francés y español, y siguen siendo un legado poscolonial a través de las leyes contra la sodomía⁹¹.

41. Esta criminalización expone a la comunidad LGBTQA+ a riesgos de detención y privación de libertad, y contribuye a la violencia motivada por el odio, la tortura y los malos tratos, en diversos entornos, incluidos los vitales para la salud y los determinantes sociales de la salud, como hospitales y clínicas, escuelas y lugares de trabajo⁹². El mero temor a vivir en espacios inseguros puede causar graves trastornos mentales y llevar a las personas LGBTQA+ a renunciar a la atención sanitaria u otros servicios. Además, las tasas de pruebas del VIH son mucho más altas en los países que mantienen las políticas anti-LGBTQA+ menos severas⁹³.

6. Daños derivados de las actividades empresariales y apropiación de las narrativas de reducción de daños

42. Las desigualdades de poder se manifiestan en gran medida debido a una regulación inadecuada o ineficaz por parte de los Gobiernos. Tal es el caso de las actividades empresariales para fabricar y comercializar productos intrínsecamente nocivos, como el tabaco, el alcohol y, en el ámbito de la alimentación y la nutrición, aquellos con un exceso de azúcar, sal o grasas, a menudo productos ultraprocesados⁹⁴. Lo mismo ocurre con los productos que pueden ser nocivos si se utilizan incorrectamente, incluidos los medicamentos de venta con receta⁹⁵. En algunos casos, en sus intentos por comercializar estos productos, se ha documentado que las empresas se dirigen a grupos específicos protegidos por el derecho internacional⁹⁶.

43. Además, las empresas ejercen su poder mediante la apropiación de la narrativa de la reducción de daños o con el objetivo de posicionarse como parte de la solución a los problemas que han creado en gran medida⁹⁷, incluso a través de supuestas iniciativas de reducción de daños⁹⁸.

⁸⁹ A/HRC/WG.11/39/1, párr. 12.

⁹⁰ Véase <https://www.un.org/es/fight-racism/vulnerable-groups/lgbtqi-plus>.

⁹¹ Asociación Internacional de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Trans e Intersex, “The impact of colonial legacies in the lives of LGBTI+ and other ancestral sexual and gender diverse persons”, 26 de mayo de 2023.

⁹² Véase <https://www.un.org/es/fight-racism/vulnerable-groups/lgbtqi-plus>.

⁹³ HIV Policy Lab *et al.* *Progress and the Peril: HIV and the Global De/criminalization of Same-Sex Sex* (2023).

⁹⁴ OMS, “Enfermedades no transmisibles”, 16 de septiembre de 2023; y A/77/197, párr. 30.

⁹⁵ OMS, “Sobredosis de opioides”, 29 de agosto de 2023.

⁹⁶ A/77/197, párrs. 45 y 46.

⁹⁷ A/78/185, párr. 58.

⁹⁸ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol by Regulating Cross-Border Alcohol Marketing, Advertising and Promotion: A Technical Report* (Ginebra, 2022), pág. 24.

7. Tabaco

44. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares y respiratorias, y más de 20 tipos de cáncer, entre otras⁹⁹. Aunque el mundo ha avanzado mucho en la adopción de medidas eficaces para hacer frente a la crisis del tabaco desde la aprobación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en 2003, el consumo de tabaco sigue siendo prevalente, sobre todo en los países de ingreso bajo y mediano, donde se concentra más del 80 % de los consumidores de tabaco del mundo¹⁰⁰.

45. El escepticismo respecto a las iniciativas de reducción de daños de la industria tabaquera se deriva de su largo y bien documentado historial de comportamiento engañoso, pues ocultan y restan importancia a los riesgos para la salud de sus productos, al tiempo que comercializan engañosamente alternativas como alternativas de reducción de daños o para dejar de fumar¹⁰¹, como se ha comprobado en procedimientos judiciales¹⁰².

46. El consumo de tabaco contribuye a profundizar los ciclos de pobreza; además de aumentar los costos sanitarios, el consumo de tabaco provoca una discapacidad prematura que obstaculiza la productividad económica, lo que contribuye aún más a las dificultades económicas¹⁰³.

47. La industria del tabaco tiene un historial de dirigirse a la población negra con productos más adictivos, lo que dificulta el abandono del tabaco¹⁰⁴. Decenios más tarde de que se aprobase el Convenio Marco para el Control del Tabaco y las pruebas científicas de los riesgos para la salud causados por el consumo de tabaco se hicieran públicos, la misma industria pretende supuestamente reparar el daño difundiendo nuevos productos cuyos riesgos para la salud son inciertos y que se comercializan de manera general más allá de las personas que ya son adictas al tabaco tradicional¹⁰⁵.

8. Alcohol

48. Aunque el consumo de alcohol ha estado históricamente aceptado en muchas culturas durante siglos¹⁰⁶, se asocia a una serie de riesgos para la salud, como trastornos por consumo de bebidas alcohólicas, lesiones, enfermedades hepáticas, cardiovasculares y algunos tipos de cáncer¹⁰⁷. El alcohol, que causa más de 3 millones de muertes al año¹⁰⁸, puede ser peligroso y provocar daños a los no consumidores, incluidos familiares y personas ajenas que pueden ser objeto de lesiones, violencia u otros daños relacionados con el alcohol¹⁰⁹.

⁹⁹ Véase https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_1.

¹⁰⁰ *Ibid.*

¹⁰¹ OMS, “Tabaco”, 31 de julio de 2023.

¹⁰² Un tribunal de los Estados Unidos de América consideró que este plan era engañoso y pretendía favorecer los objetivos económicos de la tabacalera: “hacer que los fumadores sigan fumando”; impedir que los fumadores dejen de fumar; animar a las personas, especialmente a los jóvenes, a empezar a fumar; y mantener o aumentar los beneficios empresariales”. Véase Tribunal de Distrito de Columbia, Estados Unidos, *United States v. Philip Morris USA, Inc.* 449 F. Supp. 2d 1 (Tribunal del Distrito de Columbia 2006); Edward L. Sweda, Jr. Mark Gottlieb y Christopher N. Banthin, “Light cigarette lawsuits in the United States: 2007”, Tobacco Control Legal Consortium, noviembre de 2007.

¹⁰³ Véase https://www.who.int/es/health-topics/tobacco#tab=tab_2.

¹⁰⁴ Centres for Disease Control and Prevention, “Productos de tabaco mentolados”, 15 de mayo de 2024.

¹⁰⁵ OMS, “Tabaco”, 31 de julio de 2023.

¹⁰⁶ OMS, “Alcohol”, 28 de junio de 2024.

¹⁰⁷ *Ibid.*

¹⁰⁸ Véase <https://www.who.int/es/health-topics/noncommunicable-diseases>.

¹⁰⁹ OMS, “Alcohol”.

49. Además, los productos sin alcohol o con bajo contenido de alcohol¹¹⁰ se dirigen a veces a los niños, lo que genera riesgos y vulnerabilidad por los daños del alcohol.

9. Productos ultraprocesados¹¹¹

50. La alimentación poco saludable es responsable de 11 millones de muertes evitables al año en todo el mundo¹¹² y constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedades no transmisibles prevenibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y otras afecciones¹¹³. Los productos ultraprocesados también plantean importantes riesgos para la salud debido a su escaso valor nutritivo y su naturaleza hiperpalatable, al tiempo que son objeto de una intensa publicidad y comercialización¹¹⁴.

51. Los grupos marginados se ven a menudo obligados a depender de estos productos insalubres como única opción de alimentación real económica o físicamente disponible¹¹⁵, un cambio que reproduce las estructuras de poder coloniales y afecta a las comunidades y personas más desfavorecidas.

52. En respuesta al etiquetado obligatorio de advertencias en la parte frontal del envase, se ha demostrado que la industria de los alimentos y las bebidas reformula sus productos no solo para evitar los requisitos de etiquetado, sino también para añadir micronutrientes con el fin de promocionar los productos mediante alegaciones nutricionales o de salud¹¹⁶.

10. Medicamentos de venta con receta

53. Las empresas farmacéuticas desempeñan un papel fundamental en la investigación y el desarrollo de medicamentos que salvan y mejoran vidas¹¹⁷. Sin embargo, si no se les pone freno, se ha demostrado que las empresas farmacéuticas buscan la maximización del beneficio a toda costa, a menudo a expensas de la salud individual o pública¹¹⁸.

54. El número de muertes relacionadas con los opioides ha aumentado drásticamente en los últimos años, y en la actualidad causa alrededor del 80 % de las muertes atribuibles al consumo de drogas en todo el mundo¹¹⁹. Este aumento se puede atribuir, al menos en parte, al comportamiento imprudente y a veces ilegal de las empresas farmacéuticas, que inundaron deliberadamente el mercado con opioides de venta con receta y los comercializaron de forma agresiva y engañosa, sin advertencias adecuadas sobre los riesgos asociados para la salud, lo que terminó en casos de responsabilidad penal y civil¹²⁰. Estas prácticas, unidas a la falta de regulación y

¹¹⁰ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol*.

¹¹¹ A/78/185, párrs. 24 a 31, 38 y 58.

¹¹² NDC Alliance, “Bad diets responsible for 11 million premature deaths globally per year”, 8 de abril de 2019.

¹¹³ Véase <https://www.who.int/es/health-topics/noncommunicable-diseases>.

¹¹⁴ Organización Panamericana de la Salud, *Ultra-Processed Food and Drink Products in Latin America: Trends, Impact on Obesity Policy Implications* (Washington D.C., 2015), pág. 6.

¹¹⁵ A/78/185 párrs. 21 y 28.

¹¹⁶ Presentación de Global Health Advocacy Incubators.

¹¹⁷ OMS, Oficina Regional para Europa, *Commercial Determinants of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region* (Copenhague, 2024).

¹¹⁸ *Ibid.*

¹¹⁹ OMS, “Sobredosis de opioides”.

¹²⁰ Estados Unidos, Departamento de Justicia, “Justice Department announces global resolution of criminal and civil investigations with opioid manufacturer Purdue Pharma and civil settlement with members of the Sackler family”, comunicado de prensa, 21 de octubre de 2020.

supervisión adecuadas, condujo a una crisis de salud pública que persiste hasta la fecha¹²¹.

11. Daños ambientales y ecoimpostura

55. Los nuevos productos de tabaco suponen una amenaza para el medio ambiente, ya que la producción de baterías y componentes electrónicos genera residuos difíciles de eliminar o reciclar¹²². En el ámbito de la alimentación y la nutrición, está bien documentado el impacto ambiental de los productos ultraprocesados, que presentan una elevada huella de carbono y agua¹²³ y producen grandes cantidades de residuos¹²⁴.

56. La quema de combustibles fósiles, uno de los principales responsables del cambio climático¹²⁵, es perjudicial para la salud, ya que la contaminación atmosférica es un factor de riesgo de numerosas enfermedades, como los accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías, el cáncer de pulmón y las enfermedades respiratorias crónicas y agudas¹²⁶. Del mismo modo, los residuos plásticos son cada vez más preocupantes debido a los efectos inciertos de los subproductos plásticos, en particular las partículas nano- y microplásticas, sobre la salud humana¹²⁷.

57. Las prácticas de “ecoimpostura” engañan al público haciéndole creer que las empresas hacen más por proteger el medio ambiente de lo que hacen, promoviendo falsos remedios a la crisis ambiental al tiempo que fomentan pautas de consumo no sostenibles y paralizan el avance hacia soluciones auténticas¹²⁸, lo que causa perjuicios.

58. Dada la naturaleza de los daños ambientales y la ecoimpostura, la regulación con base empírica ha surgido como una herramienta para prevenir los daños causados por la producción y la comercialización de estos productos, así como por la apropiación de las narrativas de reducción de daños.

V. Gobernanza

59. La reducción de daños es una cuestión multisectorial y multinivel que requiere la contribución de numerosos sectores¹²⁹. La gobernanza se refiere a los procesos, las estructuras y las instituciones que existen para supervisar y gestionar los sistemas. Se ocupa de las relaciones entre el Estado, las entidades del sector privado, las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades y las personas¹³⁰, y de la

¹²¹ Andrew Kolodny, “How FDA failures contributed to the opioid crisis”, *AMA Journal of Ethics*, vol. 22, núm. 8 (agosto de 2020).

¹²² Expose Tobacco y OMS, “El blanqueo ecológico: lo que se esconde detrás de las relaciones públicas ‘verdes’ de la industria tabacalera”, mayo de 2022; y presentación de Corporate Accountability.

¹²³ Paraskevi Seferidi *et al.*, “The neglected environmental impacts of ultra-processed foods”, *The Lancet: Planetary Health*, vol. 4, núm. 10 (octubre de 2020); y Josefa Maria Fellegger, Garzillo *et al.* “Ultra-Processed Food Intake and Diet Carbon and Water Footprints: A National Study in Brazil”, *Revista de Saúde Pública*, vol. 56 (2022).

¹²⁴ Seferidi *et al.*, “The neglected environmental impacts”.

¹²⁵ OMS, “Cambio climático”, 12 de octubre de 2023.

¹²⁶ OMS, “Contaminación del aire ambiente (exterior)”, 19 de diciembre de 2022.

¹²⁷ OMS, *Dietary and Inhalation Exposure to Nano- and Microplastic Particles and Potential Implications for Human Health* (Ginebra, 2022).

¹²⁸ Véase <https://www.un.org/es/climatechange/science/climate-issues/greenwashing>.

¹²⁹ Nicola Singleton y Jennifer Rubin, “What is good governance in the context of drug policy?”, *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, núm. 5 (septiembre de 2014).

¹³⁰ Lawrence Gostin *et al.*, “The legal determinants of health: harnessing the power of law for global health and sustainable development”, *The Lancet*, vol. 393, núm. 10183 (mayo de 2019).

elaboración, la supervisión y la aplicación de normas oficiales y oficiosas en esos sistemas¹³¹.

60. Desde el punto de vista de los derechos humanos y de la comprensión de las intersecciones del daño, la reducción de daños debe guiarse por los principios de la buena gobernanza; participación, transparencia y rendición de cuentas¹³².

A. Participación significativa

61. La participación significativa de las personas más afectadas por los daños específicos y las iniciativas de reducción de daños es esencial para el desarrollo y la aplicación de programas de reducción de daños¹³³. Los trabajadores sexuales, las personas que viven con el VIH, las personas que consumen drogas y otros grupos marginados están íntimamente familiarizados con las necesidades de sus comunidades, sus culturas y los obstáculos a los servicios y la salud¹³⁴.

62. La criminalización dificulta la participación, lo que agrava aún más la estigmatización, la marginación y la discriminación a las que se enfrentan las comunidades más afectadas¹³⁵. La criminalización se convierte literalmente en una barrera física a la participación si las personas son encarceladas/o excluidas a causa de sus antecedentes penales¹³⁶.

63. Como principales garantes del derecho a la salud y los derechos conexos, los Estados tienen la obligación de establecer estructuras y mecanismos que faciliten la participación significativa de las personas afectadas por las políticas¹³⁷.

B. Transparencia y rendición de cuentas

64. Rendición de cuentas significa que toda persona o todo grupo cuya salud y cuyos derechos conexos se hayan visto vulnerados debe tener acceso a recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados y derecho a reparación¹³⁸. Incluye la adopción de medidas para ayudar a prevenir las violaciones de los derechos en primer lugar, a través de la regulación, la supervisión y las posibles sanciones¹³⁹.

65. Los enfoques de los programas de salud y reducción de daños basados en los derechos exigen que existan mecanismos claros de rendición de cuentas para la adopción de decisiones, el examen, las quejas y la reparación¹⁴⁰. Asegurar el acceso a

¹³¹ Seye Abimbola *et al.*, “Institutional analysis of health system governance”, *Health and Policy Planning*, vol. 32, núm. 9 (noviembre de 2017).

¹³² Véase la resolución 7/11 del Consejo de Derechos Humanos; y E/CN.4/2006/48, párr. 25.

¹³³ Véase <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction>; ONUSIDA, *Poner fin a la penalización excesiva por la no relevación, exposición y transmisión del VIH: importantes consideraciones científicas, médicas y jurídicas* (Ginebra, 2013); y Shira M. Goldenberg *et al.*, eds., *Sex Work, Health and Human Rights: Global Inequalities, Challenges, and Opportunities* (Cham, Suiza, Springer, 2021).

¹³⁴ Ann Fordham, “The meaningful participation of ‘stakeholders’ in global drug policy debates: a policy comment”, *Drug Policies and Development*, vol. 12 (2020), párr. 21; y OMS *et al.*, *Implementing Comprehensive HIV/STI Programmes with Sex Workers: Practical Approaches from Collaborative Interventions* (Ginebra, OMS, 2013).

¹³⁵ Fordham, “The meaningful participation of ‘stakeholders’”, párr. 21.

¹³⁶ *Ibid.*, párrs. 20 a 23.

¹³⁷ E/C.12/2000/4, párr. 54; y A/65/255 párr. 70.

¹³⁸ E/C.12/2000/4, párr. 59.

¹³⁹ *Ibid.*, párr. 56.

¹⁴⁰ Sofia Gruskin, Dina Bogecho y Laura Ferguson, “Rights-based approaches to health policies and programs: articulations, ambiguities, and assessment”, *Journal of Public Health Policy*, vol. 31 (2010).

la información sobre las políticas sanitarias y de reducción de daños garantiza una mayor rendición de cuentas. La transparencia “Actúa como freno frente a las decisiones arbitrarias que puedan adoptar los Estados y evita las violaciones del derecho a la salud”¹⁴¹.

66. Algunas industrias han utilizado los procesos de consulta a las partes interesadas para bloquear, debilitar y cuestionar las políticas, directamente o a través de grupos pantalla y han empleado pruebas engañosas financiadas por la industria¹⁴², lo que dificulta a los legisladores la adopción de políticas de protección de la salud pública y el medio ambiente con base empírica sin la influencia directa de las industrias.

67. El compromiso legítimo con la industria no exige que las empresas ocupen un lugar tan destacado en la formulación de políticas, sino que los conflictos de intereses se prevengan y gestionen de manera activa en el marco de la política sanitaria¹⁴³.

VI. Reducción de daños: legislación, políticas y programas para una paz y un desarrollo sostenibles

68. En el informe presentado al Consejo de Derechos Humanos sobre el consumo de drogas, la reducción de daños y el derecho a la salud, la Relatora Especial describió las herramientas reguladoras como existentes en un espectro¹⁴⁴. Por un lado, los Estados prohíben determinadas conductas e imponen sanciones por incumplimiento, incluidas sanciones penales¹⁴⁵. Por el otro lado, está la liberalización, en la que los Estados se apartan y permiten que los distintos agentes de la sociedad se autorregulen, en particular mediante iniciativas voluntarias dirigidas por empresas¹⁴⁶, a menudo adoptadas para eludir la regulación gubernamental¹⁴⁷.

A. Descriminalización

69. En el contexto de la salud y los derechos humanos, la criminalización tiene múltiples facetas. Si bien hay casos en los que el derecho internacional de los derechos humanos obliga a recurrir al derecho penal (por ejemplo, tortura, desaparición forzada)¹⁴⁸, en otros casos lo prohíbe (por ejemplo, relaciones homosexuales, prohibición general del aborto)¹⁴⁹ o advierte contra un recurso excesivo a él (por ejemplo, consumo de drogas)¹⁵⁰. Los mecanismos de derechos

¹⁴¹ A/HRC/26/31, párr. 52.

¹⁴² Anna B Gilmore *et al.*, “Defining and conceptualising the commercial determinants of health”, *The Lancet*, vol. 401, núm. 10383 (abril de 2023).

¹⁴³ Anna B. Gilmore y otros, “Public health, corporations and the New Responsibility Deal: promoting partnerships with vectors of disease?”, *Journal of Public Health*, vol. 33, núm. 1 (2011).

¹⁴⁴ A/HRC/56/52, párr. 56.

¹⁴⁵ Darren Sinclair. “Self-regulation versus command and control? beyond false dichotomies”. *Law & Policy*, vol. 19, núm. 4 (octubre de 1997).

¹⁴⁶ A/HRC/56/52, párr. 56.

¹⁴⁷ Alexandra Finch, “Sweet and sour: a responsive strategy to strengthen sugar-sweetened beverage regulation in Australia”. *Journal of Law and Medicine*, vol. 29, núm. 1 (marzo de 2022).

¹⁴⁸ Convención contra la Tortura, art. 4; y Mattia Pinto, “Awakening the leviathan through human rights law - how human rights bodies trigger the application of criminal law”, *Utrecht Journal of International and European Law*, vol. 34, núm. 2 (2018), pág. 161.

¹⁴⁹ Véase A/72/172, párr. 32.; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 22 (2016); y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, observación general núm. 35 (2017), párrs. 29 c) a i).

¹⁵⁰ A/HRC/14/20, párr. 47.

humanos han indicado que el uso del derecho penal, especialmente cuando se dirige a personas que buscan servicios sanitarios, puede afectar negativamente a la salud pública¹⁵¹.

70. El propio uso del derecho penal puede dar lugar a daños, ya sea su potenciación o su generación, por lo que la descriminalización se perfila como el enfoque evidente de reducción de daños y una opción normativa para mitigarlos y promover la salud.

1. Consumo de drogas

71. La OMS¹⁵², la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación¹⁵³ y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) recomiendan la descriminalización total del consumo y la posesión de drogas para uso personal con el fin de responder eficazmente al VIH¹⁵⁴. La prestación de atención para la reducción de daños y el acceso a esta son fundamentales para acabar con el sida como amenaza para la salud pública de aquí a 2030¹⁵⁵. Sin embargo, en 2019, menos del 1 % de las personas que consumen drogas por vía intravenosa vivían en países que declararon proporcionar el nivel recomendado de tratamiento con agonistas opioides y servicios de provisión de agujas y jeringas.

72. Los Estados deben respetar el derecho a la salud absteniéndose de denegar o limitar el acceso igualitario de todas las personas a los servicios sanitarios curativos y paliativos, lo que también se aplica en situaciones de crisis, conflicto y humanitarias¹⁵⁶. Esta obligación incluye proporcionar a las personas privadas de libertad la atención médica necesaria y la igualdad de acceso a los servicios de atención sanitaria preventiva, curativa y paliativa¹⁵⁷.

2. Transmisión del VIH, exposición a este y no revelación del estado serológico respecto del VIH

73. El derecho penal específico sobre el VIH, que criminaliza la exposición al VIH, su transmisión y la no revelación del estado serológico respecto del VIH, infringen el derecho a la salud y otros derechos relacionados, como el derecho a la privacidad y a la igualdad y no discriminación¹⁵⁸. Especialmente en ausencia de transmisión de hecho, los daños provocados por la no revelación del estado serológico respecto del VIH y de la exposición a este no justifican la criminalización¹⁵⁹.

3. Aborto

74. Los Estados deben garantizar el acceso a información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva asequibles, aceptables y de calidad, incluidos el aborto y la atención posterior a este, sin discriminación. El marco de derechos humanos

¹⁵¹ Véase [A/HRC/14/20](#); [A/66/254](#); y ACNUDH, Declaración de la experta en el derecho a la salud sobre la protección de los consumidores de drogas durante la pandemia de COVID-19.

¹⁵² OMS, *Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, las hepatitis víricas y las ITS para grupos de población clave*.

¹⁵³ Secretaría de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación, *Global Commission on the HIV and the Law: Risks, Rights and Health – Supplement* (Nueva York, PNUD, 2018).

¹⁵⁴ Presentación de ONUSIDA.

¹⁵⁵ *Ibid.*; y ONUSIDA, “Declaración política sobre el VIH y el sida: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030”, junio de 2021.

¹⁵⁶ [E/C.12/2000/4](#), párr. 34; y [A/HRC/56/52](#), párr. 34.

¹⁵⁷ [A/HRC/56/52](#), párr. 34; Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018), párr. 25; Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela), regla 24 (véase la resolución [70/157](#) de la Asamblea General, anexo).

¹⁵⁸ [A/HRC/14/20](#), párr. 56.

¹⁵⁹ ONUSIDA, *Poner fin a la penalización excesiva por la no revelación, exposición y transmisión del VIH*.

respalda la eliminación de todas las leyes y políticas que criminalicen o castiguen de otro modo el aborto. Los Estados deben eliminar las barreras formales y sustantivas para garantizar que el aborto sea accesible en la práctica. Estas barreras incluyen barreras programáticas y de políticas, así como barreras en la práctica¹⁶⁰.

4. Trabajo sexual

75. Los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos de los trabajadores sexuales. Haciéndose eco de las recomendaciones del anterior Relator Especial sobre el derecho a la salud¹⁶¹, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶², el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer¹⁶³ y múltiples Estados¹⁶⁴, han instado a los Estados a eliminar todas las leyes, políticas y prácticas que criminalicen el trabajo sexual¹⁶⁵. La descriminalización del trabajo sexual reduciría los niveles de discriminación, acoso, violencia y lesiones que sufren actualmente los trabajadores sexuales, al tiempo que les permitiría reclamar justicia por la violación de sus derechos en los foros jurídicos sin temor a sufrir castigos, violencia y una mayor estigmatización¹⁶⁶.

76. Diversas leyes y políticas pueden ayudar a mitigar los daños y promover la salud. Estas medidas pueden incluir, por ejemplo, la reducción de la actuación policial; la promulgación de medidas para prevenir y abordar la violencia contra los trabajadores sexuales, en particular mecanismos confidenciales de denuncia y reparación; y la promulgación de medidas que apoyen el acceso a la educación sexual integral, la anticoncepción, los servicios para tratar infecciones de transmisión sexual, incluidos la prevención, el cribado y el tratamiento, y un acceso más amplio a los servicios sanitarios¹⁶⁷.

5. Relaciones homosexuales

77. La orientación sexual está reconocida como motivo de discriminación prohibido¹⁶⁸. “La criminalización de la conducta homosexual consensual privada crea una atmósfera no propicia a que los afectados logren realizar plenamente ese derecho”¹⁶⁹. En este caso, la reducción de daños con un enfoque basado en los derechos exige la descriminalización de las relaciones homosexuales¹⁷⁰.

¹⁶⁰ Comité de Derechos Humanos, observación general núm. 36 (2018), párr. 8.; y CCPR/CO/70/ARG, párr. 14.

¹⁶¹ A/HRC/14/20, párrs. 46 a 50; y presentación por escrito de la Relatora Especial con respecto al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *M.A and Others v. France*, casos núms. 63664/16, 64450/19, 24387/20, 24391/20 y 24393/20, 30 de septiembre de 2021, disponible en www.ohchr.org/sites/default/files/documents/issues/health/sr/Fax-AC-MA-et-autres-c-France.pdf.

¹⁶² E/C.12/ZAF/CO/1, párrs. 32 y 33; y E/C.12/RUS/CO/6, párr. 53.

¹⁶³ CEDAW/C/FJI/CO/4; CEDAW/C/TGO/CO/6-7, párr. 25; y CEDAW/C/KAZ/CO/5, párr. 27 e).

¹⁶⁴ A/HRC/46/12; A/HRC/33/16; y A/HRC/19/8.

¹⁶⁵ A/70/811, párrs. 53 y 75 f);

¹⁶⁶ A/HRC/50/28, párr. 71; y Comisión Internacional de Juristas, “The 8 March principles for a human rights-based approach to criminal law proscribing conduct associated with sex, reproduction, drug use, HIV, homelessness and poverty” (Ginebra, marzo de 2023), principio 15.

¹⁶⁷ Shree Schwartz, Nikita Viswasam y Phelister Abdalla, “Integrated interventions to address sex workers’ needs and realities: academic and community insights on incorporating structural, behavioural, and biomedical approaches”, en *Sex Work, Health, and Human Rights*, Goldenberg *et al.*, eds.

¹⁶⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, observación general núm. 20 (2009), párr. 32.

¹⁶⁹ A/HRC/14/20, párr. 24.

¹⁷⁰ *Ibid.*, párr. 26.

78. La descriminalización de las relaciones homosexuales es esencial para la salud y los derechos humanos. Sin embargo, es importante destacar algunas medidas que pueden adoptarse o aplicarse para reducir los daños para la salud asociados a la criminalización mientras persiste la lucha por la descriminalización. Entre ellas se incluyen medidas para reducir la actuación policial discriminatoria de las personas LGBTQ+ y medidas para prevenir la violencia (incluida la violencia sexual) contra las personas LGBTQ+, como en los entornos de encarcelamiento¹⁷¹. Además, las políticas pueden prohibir la discriminación por motivos de orientación sexual en diversos contextos relacionados con los determinantes sociales de la salud, como la vivienda, el empleo, la educación y la atención sanitaria¹⁷².

B. Regulación de los agentes empresariales

79. La reducción de daños para la paz y el desarrollo sostenible requiere una regulación desarrollada de forma cohesionada por los Estados, de manera que sea más o menos restrictiva en función de las pruebas científicas y teniendo en cuenta las asimetrías de poder, junto con los efectos dispares tanto del daño como de la reducción de daños¹⁷³.

80. Aunque los agentes comerciales han mostrado desde hace tiempo su preferencia por los enfoques autorreguladores y correguladores frente a la regulación gubernamental directa¹⁷⁴, se ha demostrado que estas medidas provocan deficiencias e incoherencias jurídicas, lo que las hace menos transparentes¹⁷⁵ y eficaces, además de carecer de mecanismos para una adecuada rendición de cuentas por parte de la industria¹⁷⁶.

81. La “comercialización sustituta”¹⁷⁷ suele ser una vía para eludir las prohibiciones o restricciones de publicidad impuestas por ley¹⁷⁸. Estas tácticas se combinan a menudo con el patrocinio u otros programas de responsabilidad social empresarial¹⁷⁹, con dudosos beneficios para la salud que aumentan la reputación de la marca¹⁸⁰ y a los que hay que poner fin.

82. En el Plan de Acción (2022-2030) con el fin de Aplicar Eficazmente la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como Prioridad de Salud Pública, la OMS establece medidas tanto para la prevención como para el tratamiento

¹⁷¹ Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, “The impact of colonialism in violence and discrimination based on SOGI (sexual orientation and gender identity)”, octubre de 2023.

¹⁷² *Vivir libres e iguales: qué están haciendo los estados para abordar la violencia y discriminación contra las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersex* (publicación de las Naciones Unidas, 2016).

¹⁷³ A/HRC/56/52, párr. 56.

¹⁷⁴ Gilmore *et al.*, “Defining and conceptualizing”.

¹⁷⁵ A/69/286, párrs. 20 y 21 y 101.

¹⁷⁶ CRC/C/CHE/CO/5-6, párr. 16.

¹⁷⁷ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol*, pág. xv (Glosario). En la bibliografía existe un debate sobre el uso de la terminología para referirse a estas prácticas, y se utilizan otros términos como “comercialización con coartada” y “comercialización de marca” para referirse a tácticas similares, aunque no idénticas. Véase Nathan Critchlow, John Holmes y Niamh Fitzgerald, “Alibi marketing? Surrogate marketing? Brand sharing? What is the correct terminology to discuss marketing for alcohol-free and low-alcohol products which share branding with regular strength alcohol products?”, *Addiction* (2024).

¹⁷⁸ OMS, *A Public Health Perspective on Zero-and Low-Alcohol Beverages*, Snapshot Series on Alcohol Control Policies and Practice, informe núm. 10 (Ginebra, 2023).

¹⁷⁹ OMS, *Reducing the Harm from Alcohol*, pág. 23.

¹⁸⁰ Presentación de Global Health Advocacy Incubator.

de los trastornos por consumo de bebidas alcohólicas¹⁸¹. En 2023, la OMS incluyó por primera vez dos medicamentos en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales¹⁸² para el tratamiento de los trastornos por consumo de bebidas alcohólicas. El Plan de Acción subraya además la necesidad de reducir los daños del alcohol tanto para las personas con trastornos por consumo de bebidas alcohólicas como para sus familias, amigos y comunidades¹⁸³.

83. En virtud del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco de la OMS relativo al tabaco¹⁸⁴, los Estados tienen la obligación de utilizar los ingresos procedentes de los impuestos sobre el tabaco para crear programas sólidos de abandono del tabaco¹⁸⁵.

84. Entre las medidas que los Estados pueden adoptar para reducir los daños derivados de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta se incluyen medidas para proteger la diversidad biológica y el disfrute del derecho a la tierra, exigir a la industria alimentaria que proporcione información exacta y fácil de leer mediante el etiquetado nutricional en la parte frontal de los envases y políticas de adquisición de alimentos saludables. Las políticas fiscales, como las estrategias de tributación y subvenciones, pueden redistribuir los costos relativos de los alimentos, con lo que se promueve la equidad y se potencia la toma de decisiones¹⁸⁶.

85. Asimismo, los Estados deben tomar medidas con respecto a los sucedáneos de la leche materna, que se promocionan indirectamente de forma cruzada mediante la comercialización de leches para bebés que utilizan colores, diseños, eslóganes o mascotas similares, en un intento de eludir las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Estas prácticas generan confusión y pueden suponer riesgos para la salud de los lactantes¹⁸⁷.

86. Los niños, sobre todo aquellos con un nivel socioeconómico más bajo en los países de ingreso alto, son vulnerables a la publicidad de alimentos y bebidas poco saludables. Los Estados deben reducir la exposición de los niños a la publicidad de alimentos y bebidas¹⁸⁸.

VII. Reducción de daños en contextos humanitarios y de emergencia

87. Los contextos humanitarios y de emergencia, incluidos los conflictos, las pandemias, los desastres naturales y otras crisis, plantean amenazas y daños distintos para la salud. La experiencia de cada persona con respecto a las crisis depende en gran medida de factores que están relacionados, como la edad; el sexo o género; la situación en materia de migración o desplazamiento; la raza, la etnia o el origen nacional; la orientación sexual; la condición de discapacidad; y la situación social y económica. Durante una crisis, puesto que los recursos se vuelven más limitados y controlados por quienes tienen el poder, los riesgos para la salud mental y física aumentan junto con la prevalencia de la violencia, y el acceso a los servicios

¹⁸¹ OMS, *Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030* (Ginebra, 2024).

¹⁸² OMS, “Landmark public health decision by WHO on essential medicines for alcohol use disorders”, 8 de agosto de 2023.

¹⁸³ OMS, *Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030*.

¹⁸⁴ Véase <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/quitting/offer-help-to-quit-tobacco-use>.

¹⁸⁵ *Ibid.*

¹⁸⁶ A/78/185, párrs. 78 y 80.

¹⁸⁷ OMS y UNICEF, “Nota informativa de la OMS y el UNICEF: La promoción cruzada de las preparaciones para lactantes y las leches para niños pequeños

¹⁸⁸ A/HRC/26/31, párr. 22; y A/78/185, párr. 78.

sanitarios, educativos y sociales disminuye. Además, las crisis se utilizan a menudo como pretexto para aumentar la actuación policial o la criminalización de poblaciones ya vulnerables o marginadas, lo que agrava, en lugar de mitigar, los daños de la propia crisis. Debido a los riesgos asociados al cambio climático, los avances tecnológicos y los contextos humanitarios, la intersección entre las crisis y la reducción de daños es de vital importancia.

88. En el contexto de las personas que consumen drogas, la pandemia de COVID-19 supuso que las personas perdieran a menudo el acceso a los servicios de reducción de daños que no se consideraban “esenciales”, o que se encontraban en situaciones en las que los confinamientos y otras medidas restrictivas les impedían acceder a los servicios¹⁸⁹. Las interrupciones en la cadena de suministro de medicamentos, incluidos el tratamiento antirretrovírico para las personas que viven con el VIH/SIDA, los fármacos contra la tuberculosis, los antiviricos y el interferón para la hepatitis, y la naloxona, provocaron escasez, lo que generó problemas de acceso y un aumento de los precios¹⁹⁰. Mientras tanto, los confinamientos y el aislamiento agravaron las situaciones de estrés, trauma y abuso que se asocian al consumo de drogas y a los trastornos por consumo de drogas¹⁹¹.

89. Al mismo tiempo, algunos Gobiernos y proveedores de servicios especialmente los dirigidos por pares, demostraron una resolución y una agilidad increíbles. Por ejemplo, 47 de los 84 países que proporcionan tratamiento de sustitución con opioides proporcionaron suministros ampliados para llevar a casa en 2020, y 23 países ofrecieron entrega a domicilio o dosificación a través de farmacias o programas de divulgación, para garantizar un acceso continuo¹⁹². Suiza ha continuado con la política de reducción de daños consistente en permitir la distribución a domicilio de diacetilmorfina para el tratamiento del trastorno por consumo de opioides tras una relajación de las normas aplicadas durante la COVID-19, ya que el enfoque resultó eficaz¹⁹³.

90. La consecución de los derechos sexuales y reproductivos se ve dificultado durante las crisis y las emergencias, especialmente cuando ya existe criminalización o estigmatización. Durante la pandemia de COVID-19, algunos países restringieron el acceso a los servicios de aborto, en particular mediante la designación del aborto como “no esencial” para retrasar o suspender los procedimientos, la exigencia del cierre de las clínicas de aborto o la prohibición del uso de la telemedicina para abortar¹⁹⁴. Mientras tanto, las restricciones al aborto se suavizaron en al menos 11 países durante la pandemia, entre otras vías, mediante el aumento de los límites gestacionales, la omisión de los periodos de espera y el permiso para emplear la telemedicina para abortar.

91. Las crisis y los contextos humanitarios conllevan mayores riesgos con respecto a la mortalidad y la morbilidad maternas; el matrimonio infantil, precoz y forzado; la violencia sexual y de género; y la trata de personas. Es importante destacar que las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos en materia de salud sexual y reproductiva se extienden a

¹⁸⁹ Laura Grau-López *et al.*, “COVID-19 lockdown and consumption patterns among substance use disorder outpatients: a multicentre study”, *European Addiction Research*, vol. 28, núm. 4 (junio de 2022).

¹⁹⁰ Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2022*, 8ª ed. (Londres, 2022).

¹⁹¹ Grau-López *et al.*, “COVID-19 lockdown and consumption patterns”.

¹⁹² Harm Reduction International, *The Global State of Harm Reduction 2020* (Londres, 2020); y presentación de ONUSIDA.

¹⁹³ Presentación de Suiza.

¹⁹⁴ Isabella Ong *et al.* “The global impact of COVID-19 on abortion care”. *Heliyon* vol. 9, núm. 5 (mayo de 2023).

las situaciones de conflicto y emergencia¹⁹⁵. Esto incluye, por ejemplo, las obligaciones de garantizar el acceso a los servicios a las supervivientes de la violencia de género; que den prioridad al acceso al aborto seguro¹⁹⁶; y que tomen medidas adicionales para garantizar que los refugiados, los apátridas, los solicitantes de asilo y los inmigrantes indocumentados, dada su vulnerable condición jurídica, tengan acceso a información, bienes y servicios de salud sexual y reproductiva asequibles y de calidad.¹⁹⁷

92. La legislación humanitaria y de derechos humanos da derecho a los trabajadores sexuales a recibir asistencia humanitaria sin discriminación. Sin embargo, con demasiada frecuencia, la criminalización, la estigmatización y las políticas que confunden el trabajo sexual consentido con la trata, la explotación y el abuso no hacen sino reforzar estereotipos y narrativas perjudiciales que impiden el acceso de los trabajadores sexuales a los bienes y servicios sanitarios. Las implicaciones conflictivas y de emergencia de la exclusión sistémica de los trabajadores sexuales refuerzan así la necesidad de la descriminalización y la desestigmatización del trabajo sexual, junto con la necesidad de apoyar a las organizaciones de trabajadores sexuales, para hacer frente a la trata, la explotación y los abusos¹⁹⁸.

93. El cambio climático es la mayor amenaza para la salud de la humanidad¹⁹⁹. Junto con la contaminación y la pérdida de diversidad biológica, el cambio climático constituye una amenaza existencial para la salud del planeta y de toda la vida en la Tierra, conocida a menudo como la “triple crisis planetaria”²⁰⁰. Aunque algunos de los efectos del cambio climático ya son tangibles, se prevén repercusiones más profundas y potencialmente devastadoras si no se adoptan medidas urgentes y coordinadas a escala mundial. Aunque las perturbaciones del cambio climático pueden estar relacionadas con fenómenos meteorológicos extremos, como sequías o inundaciones extremas que provocan desplazamientos o malnutrición²⁰¹, el cambio climático también impulsa fenómenos de evolución lenta, como la desertificación, el aumento de las temperaturas, la pérdida de diversidad biológica, la degradación de la tierra y los bosques, el retroceso de los glaciares y los efectos relacionados, la acidificación de los océanos, la subida del nivel del mar y la salinización²⁰². El cambio climático tendrá efectos sobre la salud física y mental, como el incremento de la morbilidad y la mortalidad como consecuencia de un aumento de la cifra de enfermedades transmisibles y no transmisibles²⁰³ en comunidades y regiones ya desfavorecidas, lo que profundizará las desigualdades y la marginación previamente existentes²⁰⁴. En este contexto, las medidas de mitigación y adaptación que dan

¹⁹⁵ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, recomendación general núm. 30 (2013).

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ Véase E/C.12/CZE/CO/2; E/C.12/SVK/CO/3; y CEDAW/C/LTU/CO/4.

¹⁹⁸ Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, “Personas que ejercen el trabajo sexual en zonas de conflicto y crisis humanitarias”, marzo de 2024.

¹⁹⁹ OMS, *COP26 Special Report on Climate Change and Health: The Health Argument for Climate Action* (Ginebra, 2021), pág. 2.

²⁰⁰ Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, “What is the triple planetary crisis?”, blog, 13 de abril de 2022.

²⁰¹ Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability – Working Group II Contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* (Cambridge, Cambridge University Press, 2022), págs. 1074 y 1076.

²⁰² Véase <https://unfccc.int/process/bodies/constituted-bodies/WIMExCom/SOEs>.

²⁰³ Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático, *Climate Change 2022*, pág. 1048.

²⁰⁴ OMS, “Cambio climático”; Céline Guivarch, Nicolas Taconet y Aurélie Méjean, “Linking climate and inequality”, Fondo Monetario Internacional (*Finance and Development Magazine*, septiembre de 2021).

prioridad a las personas más expuestas al riesgo mediante la adopción de un enfoque interseccional y descolonizador son fundamentales para construir una igualdad sustantiva.

VIII. Reducción de daños y cobertura sanitaria universal

94. La meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible contiene un llamamiento a los Estados Miembros para lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos²⁰⁵. Los modelos de cobertura sanitaria universal deben garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a los servicios sanitarios que necesitan, que la atención sea de calidad suficiente para ser eficaz y que el uso de los servicios no exponga al usuario a dificultades económicas²⁰⁶. De acuerdo con el principio de no dejar a nadie atrás, los servicios de reducción de daños dentro de los modelos de cobertura sanitaria universal son una forma clave de ayudar a garantizar que muchos grupos que se ven relegados a los márgenes de la sociedad no se queden atrás.

95. Los programas y servicios integrales de reducción de daños dentro de los modelos de cobertura sanitaria universal tienen lugar en los centros de atención primaria donde las personas reciben otros servicios sanitarios. En el caso de las personas que consumen drogas, esto incluiría servicios como programas de agujas y jeringuillas, terapia con agonistas opioides, salas de consumo de drogas e instalaciones de inyección supervisadas, control de drogas y prevención y reversión de sobredosis²⁰⁷. En la actualidad, solo 23 países ofrecen servicios integrales de abandono del tabaco total o parcialmente cubiertos por los servicios de salud pública, lo que representa menos de un tercio de la población mundial²⁰⁸.

96. La criminalización puede plantear varios obstáculos a la cobertura sanitaria universal. Cuando la cobertura sanitaria universal se basa en el empleo o se presta a través del sector privado, surgen una serie de retos para las comunidades marginadas, como los trabajadores sexuales, que quedan fuera de la economía formal²⁰⁹. Cuando la inscripción en una cobertura sanitaria o la recepción de servicios exigen facilitar información como una dirección permanente, datos personales y otra información, la preocupación por la confidencialidad puede llevar a una persona a renunciar a la atención por miedo a las repercusiones²¹⁰.

97. La Relatora Especial apoya los modelos de cobertura sanitaria universal que van más allá de los programas y servicios de atención sanitaria y abarcan los determinantes sociales de la salud, como la vivienda, el empleo y la educación, necesidades básicas que deben ser accesibles y de calidad sin exponer a las personas a dificultades económicas. Los entornos jurídicos y políticos que permiten la existencia de antecedentes penales sirven de barrera para acceder a los determinantes sociales de la salud y son antagónicos a la cobertura.

98. El mundo sigue sin alcanzar la meta 3.8 de los ODS en materia de cobertura sanitaria universal para 2030²¹¹. La falta de financiación nacional específica, junto

²⁰⁵ Véase www.who.int/data/gho/data/themes/theme-details/GHO/universal-health-coverage.

²⁰⁶ *Ibid.*

²⁰⁷ Véase [A/HRC/56/52](https://www.ohchr.org/en/hrbodies/hrc/interim-reports/interim-report-no-52).

²⁰⁸ Véase www.who.int/activities/quitting-tobacco.

²⁰⁹ International Network of People Who Use Drugs, “What does universal health coverage mean for people who use drugs: a technical brief”, 2019.

²¹⁰ *Ibid.*

²¹¹ OMS, “Cobertura sanitaria universal (CSU)”, 5 de octubre de 2023.

con la reticencia a destinar fondos a grupos criminalizados y estigmatizados, deja un gran vacío en la financiación de los servicios de reducción de daños que a menudo solo se cubre con ayuda internacional²¹². Los Estados deben redoblar sus esfuerzos para establecer objetivos de gasto adecuados en servicios sanitarios, incluida la reducción de daños²¹³.

IX. Buenas prácticas

99. En Estonia, un mayor acceso a los servicios de reducción de daños condujo a una reducción del 97 % en los nuevos diagnósticos de VIH entre las personas que consumen drogas por vía intravenosa entre 2007 y 2016²¹⁴.

100. El suministro de información científica sobre las sustancias psicoactivas y sus efectos secundarios (incluidos los riesgos y las posibles secuelas) son medidas eficaces de reducción de daños, como la campaña en Suiza de “Just Say Know”. El país imparte formación anual a los profesionales del sector, tanto médicos como no médicos, sobre el riesgo de transmisión de enfermedades transmisibles asociado al consumo de drogas, en particular en las prisiones, lo que es una medida eficaz de reducción de daños²¹⁵.

101. La descriminalización del trabajo sexual ha demostrado tener efectos positivos en la salud de los trabajadores sexuales, entre otros²¹⁶. Nueva Zelanda descriminalizó el trabajo sexual en 2003, con el objetivo explícito de proteger los derechos humanos de los trabajadores sexuales. Antes de este cambio, los trabajadores sexuales sexo solían ser reacios a revelar su profesión a los profesionales sanitarios o a llevar preservativos²¹⁷. Además, son cada vez más capaces de rechazar ciertas prácticas y negociar relaciones sexuales más seguras²¹⁸.

102. En Australia, el éxito de los programas de reducción de daños, junto con los servicios prestados por organizaciones de consumidores de drogas basados en pares, ha sostenido la práctica eliminación de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas por vía intravenosa, y forman parte de la estrategia nacional contra la hepatitis C del país, que también incluye servicios de divulgación, incluidos los destinados a poblaciones remotas e indígenas, y modelos de atención integrada. Los medicamentos para el tratamiento de la dependencia de opioides están disponibles a un costo significativamente reducido para los pacientes gracias al Plan de Prestaciones Farmacéuticas del país, que subvenciona la mayoría de los medicamentos rentables. La convención nacional Rethink Addiction se puso en marcha con la participación de personas con experiencia vivida para reducir el estigma asociado al alcohol, las drogas, el juego y la adicción²¹⁹.

103. En Malí, en las regiones septentrionales del país, los servicios de salud y el personal sanitario tienen dificultades para llevar a cabo sus actividades rutinarias. En

²¹² Presentación de la Drug Free America Foundation.

²¹³ *Ibid.*

²¹⁴ Marty Lise *et al.*, “Revealing HIV epidemic dynamics and contrasting responses in two WHO Eastern European countries: insights from modeling and data triangulation”, *AIDS*, vol. 35, núm. 4 (marzo de 2015); y presentación de ONUSIDA.

²¹⁵ Presentación de Suiza.

²¹⁶ A/HRC/14/20, párr. 35.

²¹⁷ J. Jordan, “The sex industry in New Zealand: a literature review” (Ministerio de Justicia de Nueva Zelanda, 2005), pág. 65, citado en A/HRC/14/20, párr. 35.

²¹⁸ Nueva Zelanda, “Report of the Prostitution Law Reform Committee on the Operation of the Prostitution Reform Act of 2003” (Wellington, 2008), págs. 46 y 47 y 50, citado A/HRC/14/20, párr. 35.

²¹⁹ Presentación de Australia.

respuesta, el Gobierno ha colaborado con organizaciones humanitarias no gubernamentales para garantizar la continuidad de los servicios sanitarios²²⁰.

104. En 2022, en la Argentina, se implementó un programa que apunta a establecer un acceso integrado e integral a la atención de la salud entre las personas que usan drogas o son dependientes de ellas, mediante el fortalecimiento de la red entre los proveedores de atención de salud y de salud mental, actores gubernamentales y no gubernamentales, para lograr el acceso, la atención de calidad y la equidad. El programa pretende crear espacios de consulta interjurisdiccionales y multidisciplinarios para diseñar de forma colaborativa estrategias de integración de políticas sobre drogas y salud mental, con énfasis en el sistema asistencial. Además, la Ley núm. 26.657 de Salud Mental especifica que las adicciones deben abordarse como parte integrante de las políticas de salud mental.

105. En Ucrania, el Ministerio de Justicia y las autoridades penitenciarias han desarrollado y están poniendo a prueba un programa de rehabilitación para ayudar a los reclusos a desarrollar habilidades que les permitan controlar el consumo de sustancias psicoactivas, tanto durante su estancia en prisión como tras su puesta en libertad²²¹. En Kosovo²²², el tratamiento de las personas que consumen drogas forma parte de las prestaciones sanitarias²²³. En Eslovenia, el Consejo de Europa apoyó el desarrollo y la adopción de una nueva herramienta de evaluación de riesgos y necesidades, que aborda, entre otras cosas, el consumo de drogas como parte de la evaluación mundial con vistas a la planificación individual de las penas²²⁴.

106. En El Salvador, los centros de prevención y tratamiento de adicciones del Fondo Solidario para la Salud han surgido como pilares fundamentales para abordar la drogodependencia. Ese enfoque implica una combinación de consultas médicas, atención psiquiátrica y psicológica especializada e intervenciones sociales y terapéuticas, que incluyen sesiones individuales, de grupo, familiares y de pareja, así como actividades psicoeducativas destinadas a sensibilizar y prevenir el desarrollo de adicciones. En cuanto a la formación profesional, el apoyo técnico brindado por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, a través del Plan Colombo, con el Currículo Universal de Tratamiento, tanto en modalidad virtual como presencial, ha facilitado la capacitación y el desarrollo del personal multidisciplinario de salud. El proceso ha estado orientado a desarrollar las capacidades, las habilidades, las destrezas, los valores y las competencias esenciales, para mejorar la eficiencia laboral del personal, mediante la promoción de su desarrollo profesional y la incorporación de normas de calidad en los servicios de salud que se ofrecen a la población del país.

107. En el Ecuador, la Constitución reconoce la adicción como un problema de salud pública, que requiere programas de información, prevención y tratamiento sin criminalización. La ley garantiza que toda persona en riesgo de consumo de drogas, que use, consuma o haya consumido drogas, tiene derecho a la salud, a través de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social para mejorar su calidad de vida, con un enfoque biopsicosocial. Además, al reconocer la influencia de la industria alimentaria en las decisiones nutricionales de las personas, el Ministerio de Salud Pública del país ha desarrollado varias medidas para crear un marco de información veraz y de protección al consumidor, como con los reglamentos

²²⁰ Presentación de Malí.

²²¹ Presentación del Consejo de Europa

²²² Las referencias a Kosovo deben entenderse en el contexto de la resolución [1244 \(1999\)](#) del Consejo de Seguridad.

²²³ Presentación del Consejo de Europa.

²²⁴ *Ibid.*

de etiquetado de alimentos, las guías alimentarias basadas en alimentos y la adopción del sistema de clasificación de alimentos NOVA²²⁵.

108. En Qatar, el Proyecto Malaz pretende crear un entorno comunitario seguro y positivo mediante diversas actividades, como campañas preventivas y de sensibilización sobre drogas y trastornos relacionados con ellas, talleres y conferencias, programas de rehabilitación, y mediante la realización de investigaciones pertinentes y la participación en conferencias locales e internacionales para aumentar los conocimientos y la concienciación²²⁶.

109. En los Estados Unidos de América, las intervenciones de reducción de daños se trataron por primera vez en la Estrategia Nacional de Fiscalización de Drogas de 2022. La Estrategia hace hincapié en las medidas que pueden reducir las sobredosis de drogas y aumentar el compromiso con el tratamiento y el sistema sanitario. La reducción de daños es también un pilar fundamental de la estrategia de prevención de sobredosis del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de América, que se publicó en octubre de 2021. Además, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas puso en marcha una red de investigación sobre la reducción de daños para generar y difundir datos sobre nuevos enfoques, entornos y estrategias de reducción de daños para hacer frente a los obstáculos. Los Estados Unidos no tienen cobertura sanitaria universal, pero el porcentaje de personas que no tienen seguro médico en el país es más bajo que nunca. La mayoría de los programas de seguros públicos, como Medicaid, y algunos programas de seguros privados cubren determinados servicios de reducción de daños, como la naloxona y otros medicamentos para revertir la sobredosis de opioides. Estos avances en la cobertura de los servicios de reducción de daños son una forma fundamental de apoyar la ampliación del acceso a intervenciones vitales en el país²²⁷.

110. En Azerbaiyán, la aplicación del programa de reducción de daños garantiza el acceso de los grupos de población de alto riesgo a los servicios médicos. El programa proporciona adaptación social e integración en la sociedad de las personas que consumen drogas por vía intravenosa, prevención del VIH/sida, hepatitis B y C, infecciones de transmisión sexual y las infecciones transmitidas por el contacto piel con piel, así como el tratamiento de comorbilidades (como tuberculosis, diabetes o trastornos mentales), con lo que se reducen las complicaciones relacionadas con el consumo de drogas por vía intravenosa y aumenta la eficacia de los servicios médicos prestados a las mujeres que consumen drogas antes y después del parto. Durante el estricto régimen de cuarentena de la pandemia de COVID-19, además del tratamiento médico, se proporcionó asistencia psicológica individual y de grupo en formato virtual²²⁸.

111. En el Líbano, por ejemplo, donde la crisis financiera provocó una escasez de tratamiento con agonistas opioides, las organizaciones de reducción de daños por drogas coordinaron el racionamiento de las existencias. Buscaron alternativas de medicación más baratas, consiguieron financiación y donaciones de donantes internacionales y trabajaron con entidades de las Naciones Unidas, como la OMS, para facilitar la recepción y la entrega de medicamentos al Ministerio de Salud Pública. Además, las organizaciones locales de la sociedad civil movilizaron recursos para adquirir y suministrar naloxona a las personas de mayor riesgo y cubrieron los gastos de hospitalización para la desintoxicación de las personas afectadas

²²⁵ Presentación del Ecuador.

²²⁶ Presentación de Qatar.

²²⁷ Presentación de los Estados Unidos.

²²⁸ Presentación de Azerbaiyán.

negativamente por la repentina disminución de las dosis de medicación con tratamiento con agonistas opioides²²⁹.

112. En los países de la región de Europa Oriental, las organizaciones de la sociedad civil han apoyado varios proyectos destinados a aumentar el acceso de las mujeres a una atención integral, así como sesiones de formación específicas para policías, profesionales de la reducción de daños y trabajadores sociales²³⁰.

113. En Colombia, la nueva política en materia de drogas pretende lograr un cambio en las narrativas sobre las personas que consumen drogas y dentro de sus medidas estratégicas pretende colaborar con el personal de salud para eliminar el la estigmatización y la discriminación y promover una atención basada en la salud pública y los derechos humanos. En diferentes territorios, se prestan los siguientes servicios: prevención o intervenciones psicoeducativas, detección precoz, incluidos el cribado de infecciones de transmisión sexual y de la salud mental, entrega de material, incluido para inyección, educación para la prevención de los riesgos sexuales entre otros; prevención y atención de sobredosis mediante naloxona; y activación de canales diferenciales para personas con necesidades específicas, entre ellas, madres, menores, personas mayores o población con comorbilidades²³¹. Para abordar la estigmatización subyacente y promover la transformación social y cultural, el proyecto Desintoxicando Narrativas de Elementa pretende hacer visible el papel que los medios de comunicación, los responsables de la toma de decisiones y los líderes de opinión han desempeñado en la reproducción del lenguaje de la prohibición, que ha conducido a violaciones de los derechos humanos. El proyecto ha contribuido a cambiar las narrativas en torno al consumo de drogas, que sirven como base de la política nacional de drogas de Colombia y ofrece concienciación sobre el impacto desigual que el marco de la prohibición tiene sobre las mujeres, algo que está directamente relacionado con el sistema patriarcal²³².

114. Los jóvenes y las organizaciones dirigidas por jóvenes en el Sur Global están desarrollando programas innovadores de reducción de daños adaptados a sus necesidades y a las de sus comunidades²³³. En Sudáfrica, donde los jóvenes que consumen drogas se enfrentan a graves problemas sanitarios y sociales; incluidos los riesgos asociados al VIH, hepatitis C, infecciones, pobreza, vivienda inestable, violencia y riesgo de sobredosis; la South African Network of People Who Use Drugs puso en marcha en 2021 el primer programa de naloxona para llevar a casa del país. La iniciativa se puso a prueba en tres ciudades, pero se interrumpió por falta de financiación y de apoyo político²³⁴.

X. Conclusiones y recomendaciones

115. **La Relatora Especial recomienda a los Estados y otras partes interesadas:**

a) Integrar la reducción de daños como parte de los planes de cobertura sanitaria universal, mediante la incorporación de servicios integrales que sean accesibles, asequibles, aceptables y de calidad. La cobertura sanitaria universal debe hacer que los medicamentos esenciales sean accesibles y asequibles; y debe

²²⁹ Presentación de Skoun.

²³⁰ Presentación de la Asociación Euroasiática de Reducción de Daños.

²³¹ Presentación de Colombia.

²³² Presentación de Elementa.

²³³ Presentación de Ágora y del capítulo mexicano de la Latin American Network of People Who Use Drugs.

²³⁴ *Ibid.*

extenderse más allá de los programas y servicios de atención sanitaria para abarcar los determinantes sociales de la salud.

b) Examinar las asimetrías de poder entre los Estados y los agentes no estatales, que se han incorporado al tejido de las sociedades, cuyo desmantelamiento es fundamental para trabajar en pro de una paz y un desarrollo sostenibles. En este sentido, la participación significativa de los titulares de derechos es clave.

c) Adoptar, aplicar y supervisar normativas eficaces y con base empírica para prevenir los daños para la salud o el medio ambiente derivados del consumo de productos como el tabaco, el alcohol y los productos con exceso de azúcar, sal o grasas, a menudo productos ultraprocesados. Aplicar, a través de la regulación, la expectativa de que todas las empresas deben respetar los derechos humanos en todas sus operaciones.

d) Reforzar la normativa vigente sobre publicidad, promoción y patrocinio de productos nocivos, en particular mediante la elaboración de nuevas normas sobre “comercialización sustituta”.

e) Descriminalizar el aborto y garantizar el acceso a una asistencia de calidad; en todos los casos, eliminar las barreras formales y sustantivas.

f) Derogar todas las leyes, políticas y prácticas que criminalizan el trabajo sexual y adoptar medidas para garantizar los derechos de los trabajadores sexuales, incluido el derecho a la salud.

g) Derogar las leyes que criminalizan la exposición al VIH, su transmisión y la no revelación del estado serológico respecto del VIH.

h) Descriminalizar el consumo, la posesión, la compra y el cultivo de drogas para uso personal. Adoptar²³⁵ marcos regulatorios coherentes en materia de drogas basados en pruebas científicas, teniendo en cuenta las asimetrías de poder, las disparidades preexistentes y las repercusiones de la legislación y las políticas en la práctica²³⁶.

i) Aplicar todas las medidas de las políticas de reducción de daños por las drogas, incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringuillas, el tratamiento de la drogodependencia, el asesoramiento y las pruebas del VIH, la terapia antirretrovírica, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, los programas de preservativos, las medidas de información, educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y vacunación, y la gestión de las sobredosis de opioides con naloxona, en particular en situaciones de crisis, humanitarias y de conflicto, y mediante la eliminación de los obstáculos financieros²³⁷.

j) Abordar la reducción de daños como un proceso continuo de atención que apoye a las personas en su transición de la adicción activa al tratamiento, la recuperación sostenida y la integración social. Incluir medidas de atención comunitaria a la población usuaria²³⁸ que permitan reconstruir tejidos sociales

²³⁵ Presentación de ONUSIDA; y [A/HRC/56/52](#), párr. 85 f).

²³⁶ [A/HRC/56/52](#), párr. 85 f).

²³⁷ OMS, *Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, las hepatitis víricas y las ITS para grupos de población clave*; resolución [75/284](#) de la Asamblea General; y presentación de ONUSIDA.

²³⁸ Presentación de la Drug Free America Foundation; y *Ágora* y el capítulo mexicano de la Latin American Network of People Who Use Drugs.

fracturados por la interseccionalidad entre sistemas de opresión como el patriarcado, el capitalismo, el racismo y la prohibición²³⁹.

k) Aplicar plenamente el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, incluidas las medidas y mejores prácticas descritas en el artículo 14 y las Directrices de implementación relacionadas²⁴⁰.

l) Garantizar que los servicios de reducción de daños se aplican ampliamente y son no discriminatorios, estar basados en pruebas, tener en cuenta el trauma, ser sensibles al género y a la cultura, y adecuados a la edad²⁴¹, así como centrarse en la persona y alejarse de los enfoques “únicos” que son ineficaces y a menudo reproducen las dinámicas de poder preexistentes.

m) Adoptar campañas informativas sólidas sobre opciones reales de reducción de daños dirigidas específicamente a las personas que sufren trastornos por consumo de sustancias. Adoptar sólidas campañas informativas, de educación y concienciación pública para ofrecer pruebas pertinentes, claras y de fácil acceso sobre los riesgos del consumo de sustancias²⁴².

n) Garantizar recursos adecuados y sostenibles para apoyar programas de reducción de daños basados en pruebas, a través de financiación sostenible e incondicional y alejarse de la financiación condicional o internacional menos sostenible²⁴³, siempre que sea posible. Considerar la posibilidad de reasignar los recursos que actualmente se dedican a la aplicación de la ley y a los enfoques penales con respecto a las iniciativas de prevención y reducción de daños, que además de mejorar la equidad pueden reducir los daños y los costos relacionados con la salud²⁴⁴.

o) Formar al personal sanitario para conseguir servicios de calidad, en línea con la cobertura sanitaria universal y la reducción de daños, a través del respeto y la promoción de la autonomía y la libre determinación.

p) Garantizar la recopilación de datos desglosados exhaustivos en colaboración con las comunidades afectadas²⁴⁵.

q) Al trabajar por una paz y un desarrollo sostenibles, todas las partes interesadas deben incorporar los derechos humanos y los enfoques de reducción de daños a través de legislaciones, políticas, programas y prácticas basados en pruebas y libres de estigma, vinculados a la cobertura sanitaria universal.

²³⁹ Presentación de Elementa.

²⁴⁰ “Directrices para la aplicación del artículo 14 del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco”, en 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; artículo 14* (Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013).

²⁴¹ Presentación de la Federación Mundial contra las Drogas y la Drug Free America Foundation.

²⁴² Presentación de Corporate Accountability.

²⁴³ Presentación de Conectas Direitos Humanos; y del Centro de Convivência É de Lei.

²⁴⁴ Presentación de la Comisión de Drogas de África oriental y meridional.

²⁴⁵ Presentación de ONUSIDA.