
VALORES Y PRINCIPIOS DE LA SALUD UNIVERSAL

Introducción

La Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se sustenta en el derecho a la salud como valor central, la equidad y la solidaridad (1). La adopción de estos valores ha sido un proceso de larga duración en todo el mundo, que ha tenido una recepción muy favorable en la Región de las Américas, en el contexto del movimiento de derechos humanos y justicia social. El derecho a la salud se reconoce en la constitución de 19 países de la región y orienta el desarrollo de estrategias, planes, y políticas de salud y protección social. No obstante, las diferencias que muestra la limitada información desagregada (por características de grupos de población) sobre el acceso y los resultados en salud revelan diferencias notables en la realización de este derecho para todas las personas. De ahí que la búsqueda de equidad sea un valor consustancial al derecho a la salud. La solidaridad se plantea como valor orientador de la protección social. Este valor representa el

esfuerzo intencionado de la sociedad para que las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad mejoren su situación a través de la redistribución de la riqueza desde los más favorecidos. Esto implica que los sanos se solidarizan con los enfermos, los jóvenes, con las personas de edad avanzada, y los ricos con los pobres. Esta solidaridad se concreta mediante el establecimiento de mecanismos de financiamiento que distribuyen el riesgo y previenen el empobrecimiento debido al gasto inesperado en salud.

En esta sección se presenta una revisión de estos valores y un análisis de los avances en la Región durante el periodo. También se identifican y analizan los desafíos para el avance progresivo en un contexto complejo de cambios políticos, sociales y económicos, de desarrollo tecnológico y de ampliación de la participación social.

Breve reseña histórica

La participación de las personas en diversas modalidades de organización y la evolución de las políticas sociales, en particular las laborales y de salud, explican la forma en que estos valores se han adoptado en lo relativo al desarrollo social en América Latina y el Caribe. La cobertura de salud originalmente se concibió asociada a las condiciones de empleo y, en consecuencia, dio origen a la segmentación del sistema de salud, característica que hasta hoy afecta al desempeño del sistema. En retrospectiva, la segmentación de los sistemas de salud fue una externalidad negativa del diseño que se dio a las modalidades para el aumento de cobertura en salud. Al mismo tiempo, los criterios de elegibilidad de los sistemas de seguridad social originaron la exclusión de las personas que no eran parte de la fuerza laboral y de los trabajadores no formales y sus familias, y consecuentemente, dio lugar a la inequidad en el acceso y los resultados.

A partir de esta realidad, los sistemas de salud han evolucionado, a veces aumentando la segmentación y creando fragmentación con el bienintencionado objetivo de mejorar el acceso y la cobertura a grupos específicos de población. No obstante, en el proceso fue fortaleciéndose la noción y el valor de que la salud es un derecho social. Algunos autores han identificado cuatro etapas en este proceso:

1. Proceso previo a la creación de instituciones nacionales de salud (desde la independencia a la creación de un ministerio de salud o similar).
2. Creación de instituciones nacionales de salud modernas (ministerios de salud pública e instituciones de la seguridad social).
3. Provisión creciente de beneficios de salud a la población pobre no asalariada, al mismo tiempo que se consolidaba la segmentación del sistema de salud.
4. Búsqueda de la equidad, que se caracteriza por “la implementación de reformas destinadas a igualar los beneficios de salud recibidos por diferentes grupos de población y a ofrecer protección financiera que evita el gasto catastrófico y empobrecedor”. Se identifican dos experiencias que marcan el inicio de esta etapa: la creación del Servicio Nacional de Salud en Chile a comienzos de la década de 1950 y la integración total del Sistema de Salud de Cuba en la década de 1960 (2).

Garantía del derecho a la salud, una agenda inconclusa en la Región de las Américas

El derecho a la salud es un valor que se enmarca en la Declaración Universal de Derechos Humanos (3) y que se hace explícito desde la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946. “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (4). Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales aprobado en 1966 en su artículo 12, “El derecho a la salud”, representó un avance al especificar algunas medidas que los Estados Partes deben tomar a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho y, entre ellas, se incluye la “creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”, poniéndose así la protección social a la salud como una de las características de un sistema que honra el derecho a la salud (5). En el año 2000, la Observación General n.º 14 del Comité de derechos económicos, sociales y culturales, en su artículo 12, titulado “El derecho a la salud”, hizo explícitas otras características al abordar las cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (6).

El derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. No debe entenderse como un derecho a estar sano, ya que esto depende de

diversos factores personales, tanto genéticos como conductuales.

En la Observación General n.º 14 se señalan dos áreas que contribuyen a hacer efectivo el disfrute del derecho a la salud. Primero, en lo que se refiere al sistema de salud, se espera que provea servicios con características de disponibilidad, accesibilidad (entendida como ausencia de discriminación, accesibilidad física y económica, y acceso a la información), aceptabilidad y calidad. En segundo lugar, se reconoce la necesidad del trabajo intersectorial para asegurar otros derechos que complementan la labor del sistema de salud en el esfuerzo por responder a las necesidades de salud de las personas. En la Observación se hace notar que los resultados en la salud de la población dependen de la existencia y abordaje que se dé a un conjunto de determinantes subyacentes, entre los que se incluyen las condiciones de agua y saneamiento, la alimentación, la nutrición, la vivienda, la salud ocupacional y ambiental, la educación y las infraestructuras. Por lo tanto, la garantía del derecho a la salud requiere necesariamente que los Estados trabajen en estos derechos que, además de tener un valor intrínseco, afectan directamente a la salud de la población.

Desde la perspectiva del desarrollo social y reconociendo la complementariedad de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha señalado que “la pobreza, la desnutrición y el hambre como factores determinantes de las condiciones de salud de la población obstaculizan el disfrute efectivo de la salud como derecho ciudadano” (7).

Los comités encargados de dar seguimiento a las convenciones de derechos humanos realizan visitas periódicas a los países. Durante estas se consulta con las entidades públicas y privadas que trabajan en el tema con el fin de conocer el estado de la situación, los

progresos y las limitaciones al estricto cumplimiento del compromiso de los Estados. La garantía del derecho a la salud se ve afectada por otros derechos relacionados. Por lo tanto, la revisión de esos reportes permite tener un panorama sobre progresos y temas que requieren fortalecimiento tanto desde salud como desde otros sectores. Es crucial que la autoridad de salud conozca los informes de los diversos comités que revisan y reportan el progreso en el cumplimiento de los compromisos asumidos por su Estado en los diferentes instrumentos y tratados de derechos humanos. Estos comités proporcionan información relevante para fortalecer la respuesta del sistema de salud y para robustecer el trabajo intersectorial, con el fin de avanzar hacia la Salud universal. A modo de referencia, en el cuadro 1 se muestra un listado de instancias de seguimiento y observación a la garantía de derechos relacionados a salud en la región.

Cuadro 1. Reportes relevantes sobre el cumplimiento del derecho a la salud

Reporte	Órgano responsable
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	Comité de Derechos Humanos
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial
Convención sobre la eliminación de todas las	Comité para la Eliminación de la

Reporte	Órgano responsable
formas de discriminación contra la mujer	Discriminación contra la Mujer
Consejo Económico y Social	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Convención sobre los Derechos del Niño	Comité de los Derechos del Niño
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Junto a los procesos de abogacía, en los últimos cinco años se han realizado notables avances en el desarrollo de políticas públicas y de legislación dirigidas a hacer efectivo el derecho a la salud en la Región. El Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina (SIPI) patrocinado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) tiene como propósito realizar el seguimiento del cumplimiento de los derechos de la primera infancia en América Latina. En lo referente a salud, el SIPI da seguimiento a los artículos de la Convención de los Derechos del Niño (8) relativos a: condiciones de salud de los niños y las niñas en la primera infancia, cuidado y atención en salud de la madre y del recién nacido, nutrición y lactancia, acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, derecho a servicios de planificación familiar, y niños y niñas

afectados por VIH/sida. En el período de 2010 a 2015 cabe destacar los siguientes eventos:

- Chile. Ley N.º 20595 (2012) que crea el Ingreso Ético Familiar, establece Bonos y Transferencias Condicionadas para Familias de Pobreza Extrema y crea Subsidio al Empleo de la Mujer. En este marco se creó el Bono Control de Niño Sano, un programa de transferencia monetaria condicionada que forma parte del Ingreso Ético Familiar. Su objetivo es garantizar el acceso a los servicios de salud a los niños menores de 6 años de familias en situación de pobreza extrema a través de un estímulo económico. La prestación está sujeta a la condición de acreditación de los controles de salud en los plazos establecidos (9).
- República Dominicana. Decreto N.º 102 (2013). Declara de alto interés nacional la protección y atención integral de todas las personas de 0 a 5 años de edad que habitan en el territorio nacional (12).
- Paraguay. Ley N.º 4698. Ley de Garantía Nutricional en la Primera Infancia (2012). Su objetivo es garantizar la prevención, asistencia y control de la desnutrición de todos los niños y niñas menores de 5 años de edad, así como de las mujeres embarazadas (desde el tercer mes de gestación hasta los primeros 6 meses después del parto), que se encuentren en situación de pobreza, bajo peso, desnutrición o

cualquier situación de vulnerabilidad nutricional (10).

- Perú. Ley N.º 30021. Ley de promoción de la alimentación saludable para niños, niñas y adolescentes (2013). Su objetivo es la promoción y protección efectiva del derecho a la salud pública, al crecimiento y desarrollo adecuado de las personas a través de las acciones de educación, el fortalecimiento y fomento de la actividad física, la implementación de quioscos y comedores saludables en las instituciones de educación básica regular, y la supervisión de la publicidad, información y otras prácticas relacionadas con los alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a niños, niñas y adolescentes, con el fin de reducir y eliminar las enfermedades asociadas con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas conocidas como no transmisibles (11).

Otros países y estados que han legislado en los últimos cinco años para proteger el derecho a la salud son:

- Colombia. Dictó la Ley Estatutaria N.º 1751/2015 cuyo objeto es garantizar el derecho fundamental a la salud, así como regularlo y establecer sus mecanismos de protección (13). Además, se dictó la Ley 1804/2016 por la cual se establece la política de Estado para el “desarrollo integral de la primera infancia de cero a siempre”. Con ello busca fortalecer

el marco institucional para el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de 0 a 6 años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho (14).

- México. Públco en diciembre de 2014 la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual reconoce a niñas, niños y adolescentes como titulares de derechos e incluye un acápite sobre el derecho a la protección de la salud y a la seguridad social en que se indica que “Niñas, niños y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, así como a recibir la prestación de servicios de atención médica gratuita y de calidad, con el fin de prevenir, proteger y restaurar su salud, así como a su seguridad social, que permita hacer efectivo su derecho de prioridad, su interés superior, igualdad sustantiva y no discriminación” (16).
- Puerto Rico. Enmendó la Ley del Derecho a la Salud en Puerto Rico en mayo de 2016. El objetivo es crear el Fondo para Servicios contra Enfermedades Catastróficas Remediabes (15).

La colaboración de la OPS con los Estados Miembros para hacer efectivo el derecho a la salud en distintos grupos de población se refleja tanto en la elaboración de estrategias basadas en el derecho a la salud, como en la orientación para elaborar legislaciones nacionales consistentes con el marco del derecho internacional a la

salud. Antes aprobarse la Resolución CD50.R8, La Salud y los Derechos Humanos, por la que en el 2010 los Estados Miembros se comprometieron a intensificar los esfuerzos para hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados Miembros de la OPS ya se habían referido en sus mandatos específicamente a los vínculos entre el ejercicio de los derechos humanos y el disfrute de la salud de los siguientes grupos en situación de vulnerabilidad: (a) las personas con trastornos mentales, (b) las personas mayores, (c) las personas con discapacidad, (d) las mujeres y las adolescentes, en el contexto de la mortalidad y la morbilidad maternas, la igualdad de género y la prevención de la violencia contra la mujer, (e) las personas que viven con el VIH, (f) los pueblos indígenas y (g) los y las adolescentes y los y las jóvenes (17). En 2013 se refirieron a las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans (18).

En el marco de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños (Naciones Unidas) (19), la implementación de las recomendaciones de la Comisión de información y rendición de cuentas sobre la salud de las mujeres y los niños/as (CoIA, por sus siglas en inglés) (20) en la Región de las Américas y considerando las orientaciones técnicas para la elaboración y aplicación de políticas y programas de reducción de mortalidad y morbilidad materna en conformidad con las normas de derechos humanos (21), los parlamentarios de comisiones de derechos humanos, familia, salud y educación, las autoridades de ministerios del área social, los organismos encargados de velar por el cumplimiento de los derechos humanos, la sociedad civil, los académicos y los organismos internacionales participaron en un proceso de diálogo para identificar estrategias de colaboración. En el 2013 se publicó un documento que describe los avances en las condiciones para el derecho a la salud reproductiva y la maternidad saludable (22).

En septiembre de 2015 los Estados Miembros aprobaron la Estrategia sobre legislación relacionada con la salud, que tiene como objetivo “proporcionar orientación que los Estados Miembros puedan considerar y usar, según corresponda sobre la base del contexto nacional respectivo, con el fin de fortalecer: (a) una mayor coordinación entre la autoridad de salud, el poder legislativo y otros poderes del Estado y con los actores relevantes según corresponda, en la formulación, implementación o revisión de la legislación relacionada con la salud; (b) medidas legislativas y reglamentarias para proteger la salud y abordar los factores determinantes de la salud; (c) la armonización o implementación de las recomendaciones de los Cuerpos Directivos de la OPS/OMS relacionadas con la formulación, implementación o revisión de la legislación relacionada con la salud, tomando en cuenta los contextos y prioridades nacionales” (23).

Finalmente, la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud recoge las recomendaciones de la Observación General N.º 14 en relación a las características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los sistemas de salud. En consecuencia, ofrece orientación concreta para que los Estados Miembros tomen las decisiones que corresponda para hacer efectivo el derecho a la salud de sus poblaciones.

A pesar del progreso en el reconocimiento del derecho a la salud y de otros derechos humanos relacionados, y a pesar de los esfuerzos desplegados para hacerlos efectivos, los reportes elaborados por las diferentes comisiones de Naciones Unidas muestran las brechas y las fallas que deberían ser objeto del diálogo intersectorial. En el cuadro 2 se presenta un resumen de las principales observaciones contenidas en una selección de reportes para nueve países de la Región, y que representan desafíos que deben ser abordados en el diálogo intersectorial sobre determinantes de la salud.

Cuadro 2. Resumen de observaciones en nueve países de América Latina y el Caribe ¹

En edad temprana	En educación	Relación condiciones económicas
<p>Dificultades para registrar a los niños al nacer. Esto tiene impacto de largo plazo en el acceso a los programas de protección social</p>	<p>Falta de acceso a programas de educación y currículos diferenciados, cuando corresponda, para niños con discapacidades</p>	<p>Límites problemas financieros salud discapacidades</p>
<p>Violaciones del código de comercialización de los sustitutos de la leche materna</p>	<p>Las comunidades indígenas no tienen acceso a educación bilingüe intercultural</p>	<p>Barreras legales políticas accesibilidad planificación falta de educación sensibilización antes de</p>
<p>Institucionalización permanente de niños con capacidad mental o intelectual diferente</p>	<p>Exclusión del sistema escolar de las adolescentes embarazadas o</p>	<p>Tránsito niños adolescentes</p>

<p>Tasas de desnutrición</p>	<p>madres</p> <hr/> <p>Existencia de acoso escolar (bullying) y violencia sexual en el entorno educativo</p>	<p>pa exp se)</p>
<p>Relacionadas al acceso al trabajo y condiciones de empleo</p> <p>Trato discriminatorio a trabajadores migrantes en el acceso a programas de protección social y al sistema de seguridad social</p> <hr/> <p>Participación de niños en la fuerza laboral</p>	<p>Relacionadas a la vivienda y condiciones de vida</p> <p>Desalojo forzado de personas y familias pertenecientes a grupos marginalizados o en situación de desventajas, especialmente migrantes, afrodescendientes e indígenas</p> <hr/> <p>La declaración de</p>	<p>Relac siste preve enfer</p> <p>Fal me leg pol ase mu ade adu ma per dis pu</p>

<p>Altas tasas de accidentes y mortalidad ocupacional</p>	<p>“enfermedad mental” afecta el derecho de la persona a tener un hogar</p>	<p>libre con info obt tra</p>
<p>En algunos casos el código civil requiere que las mujeres obtengan autorización del cónyuge para participar en la fuerza de trabajo</p>	<p>El intensivo y desproporcionado uso del agua por parte de la industria minera ha limitado el acceso la disponibilidad de agua para consumos humano así como la disponibilidad de saneamiento</p>	<p>mé (ca leg Ine est inte ree ins con bas con</p>

Fuente: Informe de consultoría de la OPS: The Social determinants of Health in Selected Countries in Latin America and the Caribbean., Inédito.
Nota: The review included Argentina, Belize, Brazil, Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Jamaica, Mexico, Peru, and Suriname.

La experiencia del uso explícito del enfoque basado en los derechos humanos en la Región ha marcado una diferencia. Ha permitido develar la existencia de discriminación sistemática contra

poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. También ha aportado la racionalidad para reasignar recursos del presupuesto de salud con fines de mejorar la equidad, mejorar la calidad de la atención, mejorar la vigilancia y, en el largo plazo, el reconocimiento del acceso a servicios de calidad como un derecho político y legal de las personas (24).

Avances y desafíos para alcanzar la equidad en salud en la Región de las Américas

La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, así como en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales (25). Las condiciones de inequidad en la Región han sido documentadas en abundancia. La Región se reconoce como una de las más inequitativas. La inequidad se presenta tanto en términos de distribución de los ingresos, como de acceso a los beneficios del crecimiento económico, expresados en los indicadores de progreso social (como educación, salud, acceso a agua potable y desagüe, y condiciones de la vivienda). La preocupación explícita por la equidad en el ámbito de las políticas públicas, agregando el valor de la justicia en el análisis y respuesta a las desigualdades, se ha fortalecido en los últimos 25 años. Para poner esta afirmación en contexto, cabe recordar que en el año 1991, en seguimiento a la “década perdida” y los consiguientes programas de ajuste estructural, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) reportó que “... las economías se caracterizaron por una pérdida global de

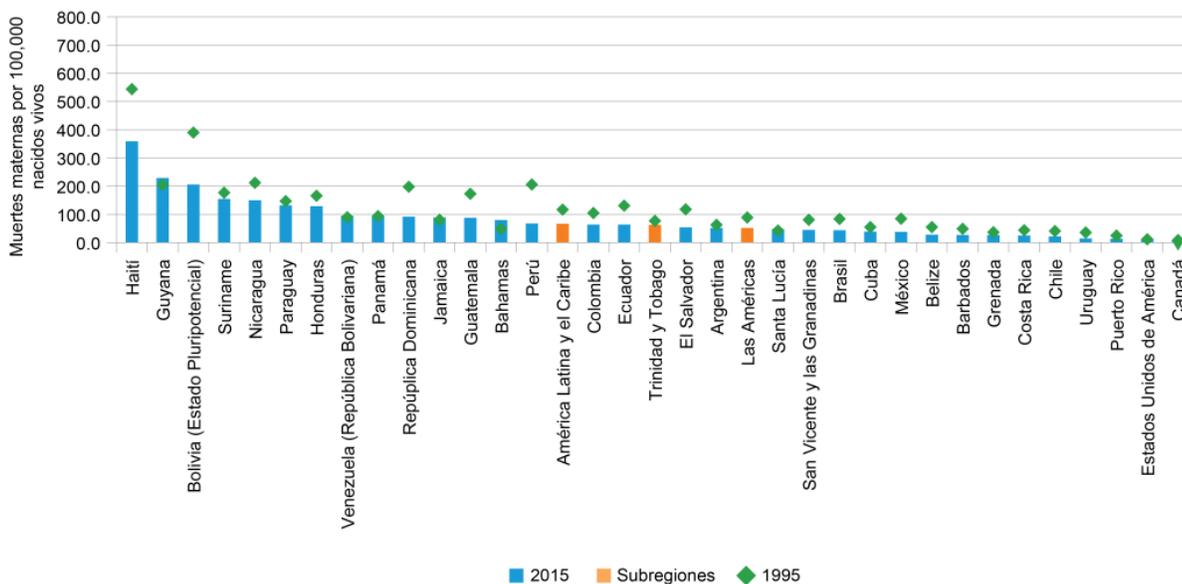
dinamismo y un marcado deterioro de las condiciones de equidad [...] la década de los ochenta constituyó, en términos históricos, un punto de inflexión entre el patrón de desarrollo precedente de América Latina y el Caribe” y subsecuentemente realizó una propuesta para el desarrollo de América Latina y el Caribe, para impulsar “la transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de progresiva equidad social” (26). En estas circunstancias, desde la CEPAL y otras entidades que hacen parte de los socios en el desarrollo se han impulsado políticas públicas que generen una mejor distribución de los beneficios del crecimiento económico y que se reflejen en la mejora de los indicadores sociales entre los grupos que sufren mayor impacto de la inequidad.

Este llamamiento ha seguido vigente y fortaleciéndose, particularmente en el marco de los Objetivos del Milenio. Así, en 2008 la CEPAL afirmaba que “Avanzar hacia la equidad en materia de salud promueve el desarrollo económico, ya que las inversiones en esta área contribuyen a estimular la productividad y la prosperidad en la medida en que se busca que los beneficios del desarrollo económico se distribuyan con grados razonables de justicia” (27).

La revisión de algunos indicadores permite visualizar los avances hacia sociedades más equitativas. Las diferencias en cuanto a etnia, nivel de ingresos y educación se han identificado como variables representativas en el análisis de equidad en la salud de mujeres y niños. La Región de las Américas ha visto grandes progresos en salud materna e infantil durante las últimas dos décadas. Por ejemplo, en América Latina y el Caribe, la razón de mortalidad materna (RMM) disminuyó de 117 a 68 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos entre 1995 y 2015. A pesar de estos progresos, la Región no alcanzó la meta de reducción del 75% de los Objetivos del Milenio y enfrenta desigualdades importantes entre los países de la Región y dentro de ellos. Por ejemplo, los cinco países

de la Región con la RMM más baja en 2015 fueron Canadá (7), Estados Unidos(14), Puerto Rico (14), Uruguay (15) y Chile (22), mientras que los cinco países con la RMM más alta fueron Haití (359), Guyana (229), Bolivia (206), Suriname (155) y Nicaragua (150) (figura 1).

Figura 1. Razón de mortalidad materna en la Región de las Américas, 1995 y 2015

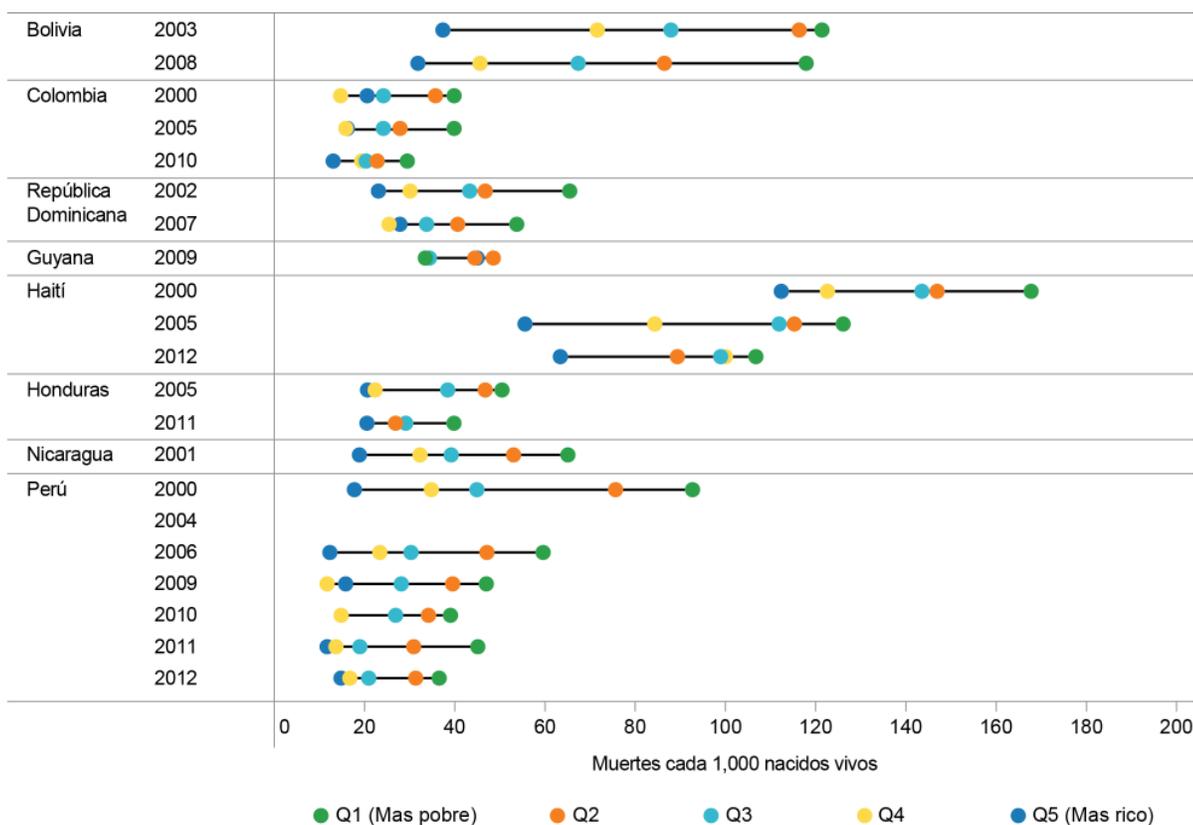


Fuente: Plataforma de Información en Salud de las Américas (PLISA). Datos obtenidos Agosto, 2017 de: <http://www.paho.org/data/index.php/es/>

Por otra parte, aunque en la Región la tasa de mortalidad en menores de 5 años disminuyó significativamente, de 54 a 17 muertes por 1 000 nacidos vivos entre 1990 y 2015, lo que representa una reducción del 69% (28). Por otra parte, los datos disponibles de encuestas de hogar entre 2000 y 2012 indican que la tasa de avance no ha sido igual para todos los hogares de los países de la Región. En general, la tasa de mortalidad en menores de 5 años fue más del doble en las familias más pobres que en las más ricas (figura 2). Además, la educación de la madre fue uno de los

determinantes más grandes de desigualdades en mortalidad infantil (figura 3). Asimismo, la probabilidad de morir antes de los 5 niños de edad es mayor en zonas rurales que en zonas urbanas, y en niños que en niñas (29). Cabe destacar que la tasa de mortalidad ha disminuido más rápido en las familias más pobres, lo que indica mejoras en la equidad.

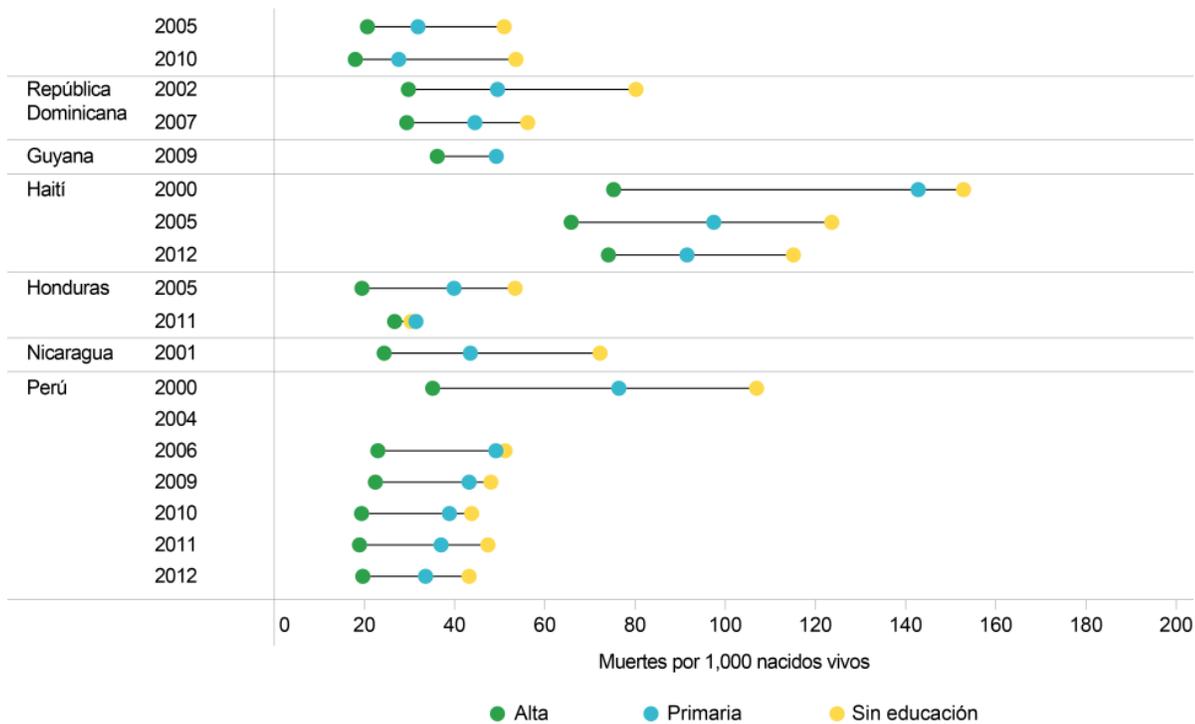
Figura 2. Mortalidad en menores de 5 años según el nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OMS Health Equity Monitor, basado en datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS/EDS).

Figura 3. Mortalidad en menores de 5 años según nivel de educación





Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la OMS Health Equity Monitor, basado en datos de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS/EDS).

La probabilidad de morir entre los 30 y 70 años de enfermedad cardiovascular, cáncer, diabetes o enfermedad respiratoria crónica es del 15% en la Región de las Américas (30). De hecho, las enfermedades crónicas son responsables del 79% de todas las causas de muerte en las Américas. Existe fuerte evidencia en la literatura que sugiere que los pobres y aquellos con educación informal o en grupos marginalizados tienen mayor probabilidad de morir por enfermedades crónicas que los miembros de otros grupos (31). Asimismo, tener un bajo estado socioeconómico o vivir en países de ingresos medios o bajos incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, cáncer gástrico y de pulmón, diabetes tipo 2 y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (32). De manera sorprendente, datos de encuesta sobre diagnóstico de asma, depresión, diabetes y enfermedad cardíaca para Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica y México no muestran un gradiente