



## **Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países**

**6º Congreso Mundial de Pacientes 2014**

**Alianza Internacional de Organizaciones de Pacientes  
(IAPO) Marzo 2014**

# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



### Índice

Introducción .....	2
México .....	2
Ruanda .....	4
Japón.....	5
Ghana.....	7
Tailandia .....	8
Chile.....	9
Referencias.....	10

© [Marzo, 2014] IAPO. Todos los derechos reservados.

IAPO está registrada en el Reino Unido como una fundación sin ánimos de lucro

Empresa nº 8495711 y fundación nº 1155577

Esta publicación es propiedad de IAPO y ninguna parte puede ser reproducida sin su previa autorización. Las opiniones expresadas por los participantes son propias y no necesariamente las de IAPO.

# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



### Introducción

La cobertura universal de salud (CUS) es una ambición para todas las naciones, aunque los planes y las prioridades de acción puedan variar entre los países (1,2). Por lo general, los países difieren en el modo de financiar la CUS. Los gobiernos de todo el mundo adaptan los sistemas de financiación a las condiciones económicas y sociales específicas. Mientras algunos mantienen una gran semejanza con los modelos tradicionales de salud <sup>1</sup> otros adoptan algunas características de los sistemas tradicionales, con salidas innovadoras diseñadas para atender a contextos específicos. Este documento destacará ejemplos de seis países que han desarrollado estrategias innovadoras para ampliar la cobertura de salud entre la población, incluyendo información sobre cómo están financiados.

Al considerar los ejemplos presentados en este documento desde una perspectiva del paciente, pueden surgir algunos problemas o preguntas, entre las cuales: ¿Con cuánto los pacientes tienen que contribuir económicamente para su propia atención y quién determina esto? ¿De qué modo los pacientes pueden participar en el desarrollo de modelos de financiación para la cobertura universal de salud? ¿Quién garantiza que la calidad de la atención y seguridad esté equilibrada con la ampliación del acceso a la atención médica? ¿Los modelos de financiamiento descritos son apropiados desde una perspectiva del paciente? ¿Cómo reciben atención las personas fuera de los planes de seguro de salud? El 6º Congreso Mundial de Pacientes de IAPO proporcionará una gran oportunidad para discutir estas cuestiones más detalladamente y definir lo que significa la cobertura universal de salud desde una perspectiva del paciente. Este documento debe leerse junto con el documento informativo de IAPO: Cobertura universal de salud. Ambos documentos constituyen material de referencia para la investigación y han sido desarrollados para proporcionar información general previa al 6º Congreso Mundial de Pacientes de IAPO. Por lo tanto, los documentos no representan una posición de IAPO sobre la CUS.

### México

La experiencia de México es un ejemplo de la expansión de la CUS a través del acceso regulado por ley a un paquete amplio de servicios (3). El avance hacia la CUS recibió un impulso en el 2003 con la aprobación de la ley del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la introducción del Seguro Popular, accesible a todos los mexicanos no cubiertos por un plan de seguridad social. Hasta el 2012, el programa ya proporcionó acceso a un paquete de servicios integrales de salud a más de 50 millones de mexicanos que no tenían previamente cobertura de seguro médico (4). La cobertura del servicio ha mejorado, con un número de intervenciones crecientes cubiertas por el Seguro Popular y los mecanismos de protección de la salud relacionados que aumentaron de menos 100, en 2004, a 472, en 2012. La

---

<sup>1</sup> Los modelos tradicionales de financiación de la atención de la salud incluyen los modelos Beveridge y Bismarck. El modelo Beveridge depende de los impuestos generales y utiliza un fondo de riesgo único, con servicios proporcionados públicamente a disposición de todos. Por otro lado, el modelo Bismarck es financiado por las primas cubiertas por hogares y los impuestos sobre las nóminas de pago. Engloba muchos fondos de riesgo, con servicios adquiridos de proveedores privados (5).

# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



mortalidad de bebés y niños menores de cinco años ha caído significativamente y está en vías de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en esta área (4). Asimismo, las brechas de financiamiento de salud entre la población con y sin seguridad social se han reducido en más del 70% entre 2004 y 2010 (4).

### *Financiación*

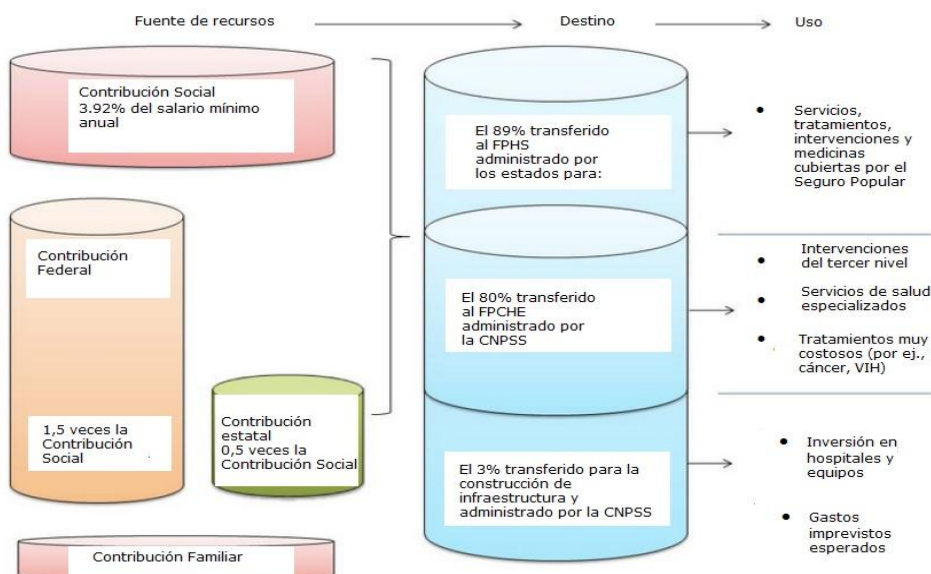
El sistema mexicano de financiación de la asistencia médica separa fondos entre los servicios de salud personal y los bienes públicos relacionados con la salud. Este protege a los servicios de salud pública, que de lo contrario podrían estar en riesgo de reformas que amplían el seguro (4). Los fondos son agregados en toda la población y divididos en cuatro componentes: administración, información, investigación y desarrollo; servicios de salud comunitarios; servicios de salud clínica o personal no catastróficos; y las intervenciones de salud catastróficas, de alto costo. Los presupuestos ordinarios del Ministerio de Salud y el Fondo para la Salud de la Comunidad financian los dos primeros componentes, el tercero está cubierto por fondos administrados a nivel estatal, y el cuarto está financiado por el Fondo Nacional para la Protección contra Gastos Elevados (FPGC). Los sistemas de salud en México son financiados por acuerdos tripartitos. El gobierno federal hace una contribución social a todos los beneficiarios, teniendo como punto de referencia el salario mínimo (6). Los propios beneficiarios hacen una contribución pagada por anticipado, limitada a 5% de la renta disponible para contribuciones al Seguro Popular (6). Para asalariados y sus familias<sup>2</sup> los empleadores hacen una tercera contribución. En ausencia de las contribuciones del empleador, el Seguro Popular es financiado a partir de una contribución solidaria por los gobiernos estatal y federal (4). La contribución solidaria federal es asignada a los Estados mediante el uso de una fórmula basada en los individuos inscritos, las necesidades de salud y el desempeño. Esto provee incentivos presupuestarios para que los Estados aumenten el número de inscritos (4).

---

<sup>2</sup> Los sistemas de cobertura de salud para asalariados son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



**Figura 1. Fuentes de financiación y usos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) (7)** (FPHS – Fondo para los Servicios de Salud Personal, FPCH – Fondo para la Protección contra los Gastos Catastróficos en Salud, CNPSS – Comisión Nacional de Protección Social en Salud)

Las mejoras por el lado de la oferta en la infraestructura de salud son incentivadas ajustando el uso de los recursos a nivel estatal (8). Por ejemplo, un mínimo de 20% de las contribuciones federales debería pagar las actividades de promoción, prevención y detección de enfermedades, mientras que un máximo de 40% debería financiar la nómina de pagos.

## Ruanda

Ruanda ha invertido en su infraestructura de salud mediante la construcción de hospitales y clínicas, y la formación de 45.000 trabajadores sanitarios comunitarios (9), ampliando el alcance de los servicios de salud a más zonas rurales. El país también ha establecido un sistema nacional de seguro conocido como Mutuelle de Santé (mutuales de salud), basándose en planes de seguro comunitarios anteriormente fragmentados. Este sistema de seguridad social ofrece amplios beneficios preventivos, primarios, hospital y medicinas. En la última década, la cobertura ha llegado a más del 90% de la población (10). A medida que los pagos de los propios pacientes han disminuido, la utilización de servicios de salud ha aumentado drásticamente lo que ha llevado a logros significativos en los indicadores de salud. Por ejemplo, la esperanza de vida en el país ha aumentado en 10 años y las muertes por paludismo se han reducido en dos tercios (11).

## Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

### 6º Congreso Mundial de Pacientes



Los avances de Ruanda en la cobertura de salud han sido posibles gracias a una planificación centralizada eficaz. La atención a la salud ha sido un pilar fundamental del plan gubernamental Visión 2020<sup>3</sup> (9), y los planes de desarrollo del gobierno continúan ejerciendo influencia en sus políticas de salud, como por ejemplo en el modo de organizar la ayuda extranjera.



#### *Financiación*

Ruanda gasta 55 dólares por persona en atención médica y salud pública cada año, ocupando la posición 22, la más alta entre los 49 países del África subsahariana (9). El país financia su sistema Mutuelle de Santé a través de fondos de donantes, ingresos públicos, primas de hogares y deducciones salariales del sector formal. Como los impuestos pueden ser difíciles de imponer en el sector informal, el gobierno ha dependido del cobro obligatorio de primas de todas las personas excepto de las más pobres. Para facilitar esto, el 55% del presupuesto en

**(Fuente de foto: 12)**

salud de Ruanda ha sido descentralizado y es administrado a nivel comunitario. Esto reduce significativamente los gastos de monitoreo y recaudación. El nivel de las primas pagadas depende del nivel de ingresos (14), y el gobierno cubre las primas de seguro para el 25% más pobre de la población. Ruanda ha sido reconocida por su enfoque de financiación basado en resultados (14) que paga a los proveedores de salud según su desempeño en relación con los objetivos de salud, como por ejemplo el número de niños vacunados. Esto representa un cambio de los modelos tradicionales de financiación, dirigidos a insumos; salarios, construcción, formación y equipo (15). El sistema incentiva a los proveedores a mejorar la calidad de la atención y así lograr los objetivos de atención a la salud.

### **Japón**

Japón fue uno de los primeros países a avanzar hacia un sistema CUS en 1961. El sistema japonés se caracteriza por la participación obligatoria en un programa de seguros (16), con medidas estrictas de control de costo por el lado de la oferta y un enfoque más liberal para la prestación de servicios (17). En el país muchas personas reciben seguro a través de sus empleadores. Aquellos que no tienen seguro a través de sus empleadores, o están desempleados, pueden participar en un programa de seguro nacional de salud, que es administrado por los gobiernos locales. Aunque muchos de los programas de seguros

<sup>3</sup> Visión 2020 es un programa de desarrollo liderado por el gobierno y destinado a "transformar Ruanda en un país de ingresos medios hasta el año 2020" (13). El programa establece prioridades a corto, mediano y largo plazo para el gobierno.

## Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

### 6º Congreso Mundial de Pacientes



son administrados por organizaciones privadas, dichos programas están obligados a proporcionar beneficios uniformes y cubrir a todos los potenciales beneficiarios; a los pacientes no se les puede negar la cobertura (18). Además, los pacientes son libres para atenderse con médicos y centros de salud de su elección.

Los cambios demográficos de Japón han llevado al gobierno a perfeccionar su sistema de salud. En particular, el gobierno ha realizado esfuerzos decisivos para enfrentar el envejecimiento de la población del país. En el año 2000, el gobierno impuso un seguro obligatorio de cuidados a largo plazo para aquellos con más de 40 años (19). Dicha política está financiada por las contribuciones mensuales de personas con más de 40 años. Cuando un individuo llega a los 65 años, él puede acceder a un amplio servicio social de atención (19).



(Fuente de foto: 20)

#### *Financiación*

El sistema de seguro de salud de Japón es financiado principalmente por empleadores y empleados, a través de los impuestos sobre las nóminas de pago, y por los trabajadores autónomos, a través de primas basadas en sus ingresos. El 32% de los gastos nacionales en salud proviene de fondos públicos nacionales y locales, y el 12% proviene de pagos directos (18). Los sistemas de seguro de salud disponibles difieren con respecto a los niveles de copagos para el cuidado de pacientes hospitalizados y ambulatorios (18). Para aumentar la equidad en el sistema, el gobierno subvenciona los pagos de planes que incurran en mayores costos<sup>4</sup>. También hay subvenciones que admiten planes con baja cobertura a través de un fondo nacional financiado por los gobiernos nacional y local, y otros planes de seguro. El Ministerio de Salud y Bienestar ha establecido un sistema de tarifa-punto (18) que establece cronogramas de pago de tarifas para procedimientos médicos y visitas hospitalarias. Estos son estandarizados sin importar la complejidad o la configuración institucional (por ejemplo, tipo de hospital) evitando así la competencia entre las compañías de seguros (16). Cada año el sistema es renegociado dentro de su Consejo Central de Atención Médica Social, pero restringido a un tope fijado por el Ministerio para limitar el aumento global de los costos.

<sup>4</sup> Por ejemplo, el 50% de los pagos de beneficios a individuos autónomos fueron subvencionados por el gobierno.

# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



### Ghana

El Plan Nacional de Seguro de Salud (NHIS) de Ghana es uno de los planes más completos en el África subsahariana (21), que cubre las necesidades básicas de salud de una gran parte de su población de 24 millones de habitantes. Se trata de un programa de financiamiento de salud individual-múltiple<sup>5</sup> (14), que incluye y se dirige a las poblaciones rurales y agrícolas. El sistema disminuyó los pagos directos, aumentó la utilización de servicios de salud y los gastos públicos en salud (21). Los habitantes de Ghana están obligados a suscribirse al NHIS, a un plan de seguro de salud privado comercial o a un plan de seguro de salud privado compartido (22). El nivel de cobertura en todos los planes de seguro médico es obligatorio, cubriendo el 95% de la carga de enfermedad en el país<sup>6</sup>. Ghana ha puesto énfasis en la planificación y gestión de la salud a nivel distrital (23). Los servicios a nivel distrital son administrados como parte del Servicio de Salud de Ghana, un organismo público independiente del Ministerio de Salud. El Ministerio de Salud, por otro lado, es responsable de la política de atención médica a nivel nacional (23), estableciendo la orientación estratégica del sistema y garantizando la ejecución de la política.

#### Financiación

El NHIS de Ghana cuenta con un conjunto diverso de fuentes de financiación (24). Cuenta, cada vez más, con las recaudaciones tributarias para financiar la expansión de la cobertura: la asignación de los ingresos derivados de un incremento de 2.5% en los impuestos al consumo<sup>7</sup> dirigidos al plan, conocido como Impuesto Nacional de Seguro de Salud (NHIL). Esto ha mejorado la sostenibilidad de la financiación, como la cuenta de ingresos del NHIL de 75% de la financiación del NHIS.

La segunda fuente de financiación del NHIS proviene de un impuesto sobre la nómina de pagos del 2.5% para los trabajadores formales, que es transferido de las contribuciones de pensiones del Seguro Social y Fondo Nacional de Seguro (SSNIT) al plan de seguro. Este ha sido un medio eficaz de subvención cruzada (21), ya que todos los beneficiarios del NHIS obtienen los mismos beneficios del plan independientemente de su contribución. Además, el NHIS recauda las primas voluntarias de hogares a través de aseguradoras a nivel distrital, aunque esto represente menos del 5% de sus ingresos previsionales (21). El gobierno está considerando migrar a una prima única de por vida y confiar en su impuesto sobre el consumo para generar la mayor parte de sus ingresos (14). Esto reduciría los costos administrativos de recaudar primas anualmente.

<sup>5</sup> El enfoque individual-múltiple es un enfoque de agrupación de riesgo donde un grupo de riesgo es diseñado para cubrir todas las poblaciones.

<sup>6</sup> Los servicios cubiertos incluyen consultas ambulatorias, medicamentos esenciales, atención hospitalaria y habitación compartida.

<sup>7</sup> El impuesto al consumo es un impuesto sobre el gasto en bienes y servicios. Los impuestos al consumo son generalmente directos, por ejemplo, los impuestos sobre las ventas o el impuesto sobre el valor añadido.



# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



### Tailandia

Tailandia ha dado grandes pasos en la expansión de la cobertura de atención médica. Desde el 2001 el Plan de Cobertura Universal (UCS) de Tailandia ha llegado a 45 millones de personas que antes no estaban cubiertas por planes de seguro existentes (que tendían a cubrir solo a la población formalmente empleada). La Oficina Nacional de Seguridad para la Salud (NHSO) administra el plan UCS (25). La NHSO está presidida por el Ministro de Salud Pública y establece contratos con proveedores de atención médica para prestar servicios de salud a los beneficiarios del plan UCS. El Ministerio de Salud Pública y su red de hospitales son los contratistas principales de la NHSO (25), aunque los servicios de salud pueden subcontratarse a centros de salud privados. La suscripción al UCS es automática, sin embargo, los miembros deben registrarse en una unidad contratada para la atención primaria (CUP)<sup>8</sup> para recibir servicios de consulta externa y servicios de referencia para pacientes hospitalizados.



### Financiación

Tailandia ha diseñado mecanismos de pago innovadores para ayudar a contener sus costos de atención médica. El UCS es financiado por el gobierno central y los fondos son canalizados a los proveedores a través de un sistema de compras estratégicas. Para los servicios ambulatorios, el mecanismo de pago más común es la capitación<sup>9</sup>, dependiendo del número de beneficiarios registrados en una CUP determinada. Los pagos a las redes de proveedores se ajustan por composición de edad. En caso de hospitalización, el mecanismo de pago más común es el pago basado en casos<sup>10</sup> (27). La NHSO tiene poder monopólico en las negociaciones con proveedores y empresas farmacéuticas (25) y, por lo tanto, un poder de negociación importante para influir en los costos de salud. Los pagos para pacientes hospitalizados y ambulatorios caen bajo un techo presupuestario global estimulando a los proveedores de atención médica a preocuparse con los costos (25). Sin embargo, para evitar comprometer la calidad de la atención, se incluyen pagos adicionales para tratamientos específicos de alto costo. La NHSO ofrece incentivos financieros para deseados comportamientos del proveedor que lleven a la mejora de la calidad (25). La evaluación de tecnologías sanitarias, o evaluaciones de tecnología de la salud (HTA), también han ayudado a contener los costos (28). En el 2007 se creó el Programa de Evaluación de Intervenciones y Tecnologías Sanitarias (HITAP) con el fin de evaluar los costos y beneficios de los medicamentos y

<sup>8</sup> Estos comprenden un hospital distrital y centros de salud.

<sup>9</sup> Un acuerdo de pago por capitación paga a los proveedores de salud una tarifa establecida por persona, en lugar de pagar por el servicio proporcionado.

<sup>10</sup> El pago basado en un caso vincula el pago a los hospitales según el número y la gravedad de los casos individuales tratados.

## Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

### 6º Congreso Mundial de Pacientes



procedimientos médicos, así como las intervenciones en salud pública. HITAP aprovecha el fuerte ambiente de investigación (28) en Tailandia, llevando a cabo la investigación primaria y secundaria, que ha permitido al gobierno hacer uso más eficiente de su presupuesto en salud.

### Chile

Chile es un buen ejemplo de cómo un enfoque basado en derechos (29) puede aumentar el acceso a la asistencia médica. En Chile, las personas que no pueden pagar las primas de seguros reciben tratamiento gratuito en hospitales o clínicas de atención médica primarias. Las personas que contribuyen al Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile también pueden recibir tratamiento primario gratis o hacer un copago si optan por un proveedor privado de salud, de hasta un 20% de los costos del tratamiento (30). En el 2004 se implementó el Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) que ofrece garantías en relación con el acceso, puntualidad y calidad del tratamiento para un conjunto de condiciones de salud priorizadas. Este se extendió a todos los mecanismos de seguros de salud públicos y privados existentes, es decir, el FONASA y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) privadas, reduciendo así las anteriores desigualdades en cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud.

La reforma del plan AUGE era vista como una política centrada en personas y que legalmente podía ejecutarse. Aunque la reforma se aplicó a aquellos ya cubiertos por FONASA o las ISAPRE, está aumentó fuertemente el acceso efectivo a los servicios, especialmente para aquellos pertenecientes a grupos socioeconómicos más bajos. La cobertura del servicio también ha mejorado con el tiempo; el número de enfermedades cubiertas por garantías bajo el plan AUGE aumentado de 25, en 2004, a 69 en 2010 (29).

#### *Financiación*

Las contribuciones de impuestos obligatorios del 7% en la nómina de pago se utilizan para financiar casi la mitad de los planes de seguros públicos y privados en Chile, mientras que la otra mitad está cubierta por los ingresos públicos (31). Aquellos que no pueden cotizar para la salud están cubiertos por los ingresos públicos de FONASA. Con la puesta en práctica del plan AUGE en el año 2004, los ingresos presupuestarios existentes fueron reasignados para financiar el aumento del gasto público. Además de esto, se incrementaron los impuestos al tabaco y el IVA, cuyas recaudaciones fueron destinadas al gasto en salud (29).

Para hacer frente a la creciente demanda de servicios de salud, como resultado del plan AUGE, el gobierno también ha aumentado la inversión pública por el lado de la oferta, mediante la construcción de infraestructura sanitaria y la formación de trabajadores de la salud (29).

# Ejemplos de avances hacia la cobertura universal de salud en países

## 6º Congreso Mundial de Pacientes



### Referencias

1. Hashimoto, H., Ikegami, N., Shibuya, K., Izumida, N., Noguchi, H., Yasunaga, H., Reich, M.R. (2011). Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? *The Lancet*, 378, 1174-1182. doi:10.1016/S0140-6736(11)60987-2
2. Rodwin, V.G. (1994). *Japan's Universal and Affordable Health Care: Lessons for the United States?* Extraído de: [www.nyu.edu/projects/rodwin/lessons.html](http://www.nyu.edu/projects/rodwin/lessons.html)
3. Curry, N. (2012). Low cost and high quality integrated care: what can we learn from Japan? *The Guardian*. Extraído de: [www.theguardian.com/social-care-network/2012/jun/11/integrated-care-learn-from-japan](http://www.theguardian.com/social-care-network/2012/jun/11/integrated-care-learn-from-japan)
4. IAPO stock image from [www.iStockPhoto.com](http://www.iStockPhoto.com) (2014)
5. World Health Organisation (2011). *Ghana: coverage expansion through political commitment and innovative policy choices*. Extraído de: [www.who.int/providingforhealth/PH4\\_Ghana\\_success\\_story.pdf](http://www.who.int/providingforhealth/PH4_Ghana_success_story.pdf)
6. Blanchet, N.J., Fink, G. & Osei-Akoto, I. (2012). The Effect of Ghana's National Health Insurance Scheme on Health Care Utilisation. *Ghana Medical Journal*, 46(2), 76-84. Extraído de *PubMed*.
7. Mills, A., Ally, M., Goudge, J., Gyapong, J., Mtei, G. (2012). Progress towards universal coverage: the health systems of Ghana, South Africa and Tanzania. *Health Policy Planning*, 27, i4-i12. doi:10.1093/heapol/czs002
8. Schieber, G., Cashin, C., Saleh & K., Lavado, R. (2012). *Health Financing in Ghana*. World Bank Publications. Extraído de: <http://books.google.co.uk/books?id=23LI5o5I-cgC&pg=PA108&lpg=PA108>
9. Hanvoravongchai, P. (2013). Health financing reform in Thailand: toward universal coverage under fiscal constraints. *UNISCO Studies Series 20, The World Bank*. Extraído de: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/13297/75000.pdf>
10. IAPO stock image from [www.iStockPhoto.com](http://www.iStockPhoto.com) (2014)
11. Bates, C. & Annear, P. (2012). *Lessons learned from Thailand's universal health care scheme: Institutional and organisational arrangements*. Extraído de: [http://ni.unimelb.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/778726/IB\\_11.pdf](http://ni.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0010/778726/IB_11.pdf)
12. World Health Organisation (2013). *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage*. Geneva, World Health Organisation
13. World Health Organisation (2012). *Chile: improving access, quality and financial protection*. Extraído de: [www.who.int/providingforhealth/PH4\\_Chile\\_2.pdf](http://www.who.int/providingforhealth/PH4_Chile_2.pdf)
14. Hagen, K (2009). *How Health Coverage is Provided in Chile*. Extraído de: <http://voices.yahoo.com/how-health-coverage-provided-chile-4571317.html>
15. A Coustasse, P Hilsenrath & P Rojas (2004). The Case of South African and Chilean Health Systems: Comparison of Financial, Economic and Health Indicators. *The Internet Journal of World Health and Societal Politics*, 2. Extraído de: <http://ispub.com/IJWH/2/2/8990>