

Rosario Asián Chaves<sup>\*</sup>  
Mikel Zurbano Irizar<sup>\*\*</sup>  
José Luís Navarro Espigares<sup>\*\*\*</sup>

# LOS SERVICIOS SANITARIOS COMO HECHO INCLUSIVO EN EL ÁREA MEDITERRÁNEA

*El objetivo de este artículo es analizar el desarrollo de servicios sanitarios en los países mediterráneos, valorando su contribución a la integración y cohesión de la región. Se repasa brevemente la literatura económica sobre salud y desarrollo económico, y se explora el apoyo a los objetivos de salud en el contexto de la Unión por el Mediterráneo. Estudiamos las diferencias entre dos grupos de países, UE28 y MENA, en relación a sus perfiles sociales, económicos y de salud. Finalmente se ofrecen orientaciones de política económica y sanitaria vinculadas al desarrollo de los sistemas de salud en la región.*

**Palabras clave:** servicios sanitarios, salud, desarrollo, integración, cohesión social, ODM, UE28, MENA.

**Clasificación JEL:** I15, I18.

## 1. Introducción

La salud es al mismo tiempo un componente y un condicionante del desarrollo. Así, la mejora de la salud es un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Por ello, se trata de analizar el desarrollo de los servicios en los países socios mediterráneos como hecho inclusivo a la hora de garantizar los ODM. El logro de unos servicios sanitarios de mayor calidad

y un acceso más igualitario a ellos es una garantía de progreso y de cohesión social. La cooperación en general, y especialmente la cooperación sanitaria, se plantea como una necesidad perentoria e ineludible frente a las profundas desigualdades todavía existentes en las formas de vivir, enfermar y morir. Además, la mejora global en las condiciones de vida y la falta de acceso a unos servicios de salud de calidad determinan todavía, en muchos países, la diferencia entre la vida y la muerte.

El objetivo planteado es realizar una primera aproximación al estudio del estado de salud y los servicios de salud en el área. Un análisis de la evolución de los principales indicadores sociales, económicos y de salud revela un débil proceso de convergencia que difi-

---

\* Departamento de Economía Aplicada II. Universidad de Sevilla.

\*\* Departamento de Economía Aplicada I. Universidad del País Vasco.

\*\*\* Departamento de Economía Internacional y de España. Universidad de Granada.

culta el logro de una mayor cohesión social y territorial en este área.

En el documento se ofrece, en primer lugar, una revisión de las principales relaciones entre salud y crecimiento/desarrollo, para después repasar las estrategias de intervención en materia de salud por parte de la Unión Europea. Más adelante se realiza un análisis de la situación en diferentes países del área analizada (UE28 y países MENA<sup>1</sup>). Desde el plano empírico se analizan las relaciones entre el gasto en salud, los recursos sanitarios, su utilización, el PIB per cápita y el estado de salud en cada uno de los países. Finalmente, desde una perspectiva de integración y cohesión social y territorial en el área mediterránea, se presentan nuestras conclusiones y algunos principios de actuación en materia de políticas de salud.

## 2. Los servicios de salud y el desarrollo económico

La salud y el desarrollo económico están estrechamente relacionados, la Organización Mundial de la Salud (1999) —OMS<sup>2</sup>— afirma que la salud tiene un valor económico enorme y que las mejoras en salud tienen parecidas consecuencias económicas que el crecimiento económico y permite una vía de escape de la trampa de la salud y pobreza.

Existe una amplia literatura que relaciona la situación general de la salud en un territorio con el comportamiento económico, sea concebido como crecimiento o como desarrollo económico. Mankiw, Romer y Weil (1992) fueron los pioneros al extender el modelo de crecimiento de Solow incorporándole el capital humano, en el que incluían no solo educación sino también salud y nutrición. Otros autores como Fogel (1994), Barro y Sala (1995)

continuaron con el estudio del vínculo entre salud y crecimiento, y a finales de los años noventa y principios del nuevo milenio hubo un rápido desarrollo de éstos (Vid. López-Casasnovas; Rivera y Currais, 2005).

Una buena salud es un componente central del bienestar, pero la mayor parte de estos estudios justifican la mejora de la salud como algo positivo en términos puramente económicos. El vínculo entre salud y crecimiento se realiza a través del concepto de capital humano que permite mejoras en la productividad individual y en las tasas de crecimiento de un país. Smith (1999) trata de explicar la dirección de la causalidad entre salud y crecimiento económico a través de los modelos de ciclo de vida, que relacionan condiciones de salud con renta, consumo y bienestar futuros. Bloom y Canning (2000) inciden en esta causalidad con la educación. Una mayor educación da lugar a mayores niveles de productividad y, por lo tanto, a superiores niveles de renta.

Desde una perspectiva más amplia de desarrollo económico y social, la propia OMS estableció en la declaración de Alma-Ata, en 1978, el objetivo de alcanzar un nivel de salud que permita a todos los pueblos una vida social y económicamente productiva, elevándola a categoría de derecho humano (WHO, 1978). Esta reubicación de la salud como derecho humano entronca directamente con el enfoque del desarrollo humano impulsado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El concepto de desarrollo humano promueve una expansión de las libertades humanas y la superación de las privaciones que limitan el desarrollo de las personas, de manera que es prioritario evitar los efectos negativos que ejercen en la salud las situaciones de debilidad de los servicios sanitarios y otros determinantes sociales y ambientales.

Sen (1981) afirma que la salud es una de las cinco libertades instrumentales necesarias para el desarrollo humano. En este contexto es donde se empieza a plantear la relevancia de la salud para el incremento de las capacidades individuales y también colectivas que formula el desarrollo humano. Nussbaum (2002) concreta la dimensión individual del bienestar que plantea el enfo-

<sup>1</sup> Argelia, Egipto, Israel, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Palestina, Siria, Túnez y Turquía.

<sup>2</sup> La OMS nació el 22 de Junio de 1946 con la finalidad expresa de conseguir el más alto grado posible de salud para todos los pueblos, entendiendo que no hace referencia exclusivamente a la ausencia de enfermedades o infecciones, sino a un estado de bienestar físico, mental o social completo.

que del desarrollo humano en una serie de capacidades básicas, entre las que destaca «el poder tener buena salud». Ahora bien, el bienestar individual no puede entenderse sin encuadrarlo dentro del proceso más amplio de la dimensión social del bienestar. Aquí es donde surge la necesidad de tener en cuenta también las capacidades colectivas de las que informan las políticas del PNUD. Uno de los ejes que considera las capacidades colectivas es la seguridad humana, que tiene que ver con la predictibilidad del bienestar humano, que en el contexto de la globalización y de crisis económica y social es especialmente vulnerable. La seguridad humana se concreta en la idea de ausencia de temor, ausencia de carencias y una vida digna. El Informe sobre el Desarrollo Humano (PNUD, 1994) precisaba siete clases de categorías o amenazas que afectan a la seguridad humana, entre las que se encuentra la seguridad de la salud. De manera que la salud es un aspecto central para la seguridad humana y el desarrollo de las capacidades colectivas humanas.

La centralidad de la salud en la consideración de las capacidades individuales y las colectivas implica un análisis integral donde se incorporan el Estado, los agentes, las personas y, en general, el entorno socioinstitucional, lo que pone énfasis en la acción colectiva y obliga a disponer de herramientas que faciliten a la sociedad la consecución del bienestar (Wood, 2009). En definitiva, cuando se vincula salud y desarrollo humano el objetivo que se plantea es ampliar las oportunidades y capacidades de las personas y sociedades sobre las siguientes bases: la universalidad del derecho a la salud y la integridad del sistema sanitario y los servicios de salud. Este enfoque de salud es integral y multidimensional, parte de la consideración de la persona como centro de atención y requiere de la garantía del Estado para el acceso universal a la salud.

El cumplimiento de estos principios tiene que estar acompañado de políticas públicas incluyentes para mejorar y dotar de equidad y eficiencia en el acceso a la salud y la provisión de servicios vinculados, con el objeto de reducir las desigualdades sociales. Asimismo, otro eje de

intervención integral es favorecer estrategias de participación social en la gestión de la salud y los servicios vinculados. Además, la visión multidimensional que el desarrollo humano aporta sobre la salud requiere considerar ámbitos que son determinantes políticos para la salud, como es el caso de políticas sociales y económicas nacionales, y de las normas, las políticas y las prácticas que emergen de las relaciones y transacciones internacionales (The Lancet, 2014).

### 3. La salud en el marco de la cohesión social de la Unión Europea

La cohesión social es uno de sus principios básicos de actuación en la Unión Europea. Los sistemas de protección social están diseñados para ofrecer protección contra los riesgos en varias esferas, incluida la salud. La estrategia Europa 2020<sup>3</sup> y el Método Abierto de Coordinación para la protección social y la inclusión social (MAC Social) son el principal marco europeo para la protección social. Dicho marco pretende promover la cohesión social y la igualdad a través de sistemas sostenibles y accesibles de protección y de políticas sociales inclusivas.

El eje central de la intervención es la solidaridad en la salud y, en consecuencia, la reducción de las desigualdades en salud dentro de la Unión Europea, en la medida en que éstas socavan la eficiencia y efectividad del modelo social europeo y erosionan los valores sociales<sup>4</sup>. En el terreno de la inclusión social las desigualdades sociales se relacionan con un amplio abanico de causas, también la salud ha sido un aspecto decisivo para la incorporación del ámbito «desigualdades en salud» en la estrategia Europa 2020. Además, la actual crisis económica y financiera afecta de forma

<sup>3</sup> Propuesta de la Comisión Europea sobre «Europe 2020 – A strategy for smart, sustainable and inclusive growth».

<sup>4</sup> Comunicación «Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU», COM (2009) 567, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=en&newsId=619&furtherNews=yes> and [http://ec.europa.eu/health/social\\_determinants/policy/commission\\_communication/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/social_determinants/policy/commission_communication/index_en.htm)

negativa a la provisión de los servicios de salud a través de los recortes en los presupuestos, haciendo peligrar la delicada balanza en los sistemas nacionales de salud y aumentar las desigualdades en salud. Esta situación de mayor vulnerabilidad y el incremento de las desigualdades en salud en el seno de la UE pueden tener consecuencias irreversibles en la cohesión social y en la productividad e implicación del trabajo, lo que puede acarrear consecuencias negativas a largo plazo en las economías de los países miembros. La lucha contra las desigualdades en salud contribuye, por lo tanto, a los objetivos comunitarios de promoción del crecimiento económico con cohesión social.

La Comisión para la Protección Social (CPS) propone varios criterios de actuación para avanzar hacia la «igualdad en salud», destacando la incorporación de la igualdad en la salud en los objetivos más amplios de desarrollo social y económico o, también, la contribución de las políticas de la UE a la reducción de las desigualdades en salud, así como la cobertura de las necesidades de los sectores y grupos más vulnerables<sup>5</sup>. En particular, se prioriza la necesidad de asegurar el acceso universal a los servicios de atención médica asequibles y de alta calidad, que incluyan la prevención y promoción de la salud, especialmente en las primeras etapas de la vida, y la garantía de su cobertura para todos los estratos socioeconómicos, en particular en las zonas rurales y desfavorecidas. Además, se enfatiza un enfoque integral de los determinantes sociales de la salud centrado tanto en factores estructurales —condiciones de vida o política de rentas— como en factores discretos, como la exposición a estilos de vida arriesgados y a factores de riesgo.

La coordinación política aparece como un elemento crucial en el acceso igualitario a la salud y a los servicios médicos. La CPS ha identificado una serie de prioridades: mejorar el conocimiento y provisión de datos e información; establecer compromisos y acuerdos de

cooperación transfronteriza; desarrollar las contribuciones de diferentes políticas de la UE; y asegurar la coordinación adecuada entre los planes de acción nacionales y los de la UE para reforzar estas prioridades<sup>6</sup>.

#### 4. Política de cooperación de la Unión Europea en el Mediterráneo

La Unión por el Mediterráneo promueve la integración económica y las reformas democráticas en los 16 países vecinos al Sur de la UE en el Norte de África y en el Medio Este. Anteriormente conocidos como Proceso de Barcelona, los acuerdos de cooperación fueron relanzados en 2008 como la Unión por el Mediterráneo (UfM).

El relanzamiento fue una oportunidad para establecer relaciones más concretas y más visibles con el inicio de nuevos proyectos regionales y sub-regionales con relevancia real para los habitantes de la región. Los proyectos se concentran en áreas tales como la economía, el medioambiente, la energía, la salud, la migración y la cultura.

Junto con los 28 Estados miembros de la UE, 16 países mediterráneos de África y el Medio Este son miembros de la UfM<sup>7</sup>. Desde 2011, la estrategia UfM ha quedado englobada dentro de la estructura del Servicio Exterior de la Unión Europea. Con arreglo al Tratado de Lisboa, este Servicio canaliza toda la política exterior y de seguridad de la UE. La UE ha apoyado que un mayor número de enfermedades crónicas sean atendidas en hospitales públicos y hayan mejorado los servicios obstétricos de los hospitales públicos. Gracias a esto, un mayor número de nacimientos son atendidos por personal médico cualificado (ODM 4).

El Documento de Estrategia Regional 2007-2013 (*Regional Strategy Paper, RSP*) proporciona el marco estratégico para la programación de los recursos asignados por la UE para la región mediterránea me-

<sup>5</sup> Comisión para la Protección Social (2010/05/04) : «Solidarity in Health: Reducing health inequalities in the EU» <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5363&langId=en>

<sup>6</sup> <http://www.join-med.eu/> ; <http://www.med-dialogue.eu/>

<sup>7</sup> Albania, Argelia, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Egipto, Israel, Jordania, Líbano, Mauritania, Mónaco, Montenegro, Marruecos, Palestina, Siria, Túnez y Turquía.

CUADRO 1

**AYUDA EXTERNA FINANCIADA POR EL PRESUPUESTO GENERAL DE LA UE**  
(En millones de euros)

	2008	2009	2010	2011	2012
Compromisos .....	1.773	1.637	1.807	2.015	2.353
Desembolsos.....	1.530	1.474	1.513	1.426	1.398

NOTA: Flujos bilaterales y multilaterales (sólo ayuda europea).

FUENTE: Comisión Europea (2013). Annual Report 2013.

CUADRO 2

**AYUDA EUROPEA EN 2012: DESGLOSE SECTORIAL POR REGIÓN**

Sector de destino	ENPI Este	ENPI Sur	Asia	Latino-américa	ACP	Multi región	Total
<b>Infraestructura social y servicios .....</b>	<b>450</b>	<b>883</b>	<b>572</b>	<b>141</b>	<b>1.397</b>	<b>551</b>	<b>3.995</b>
Educación.....	93	215	262	58	154	–	781
Educación sin nivel especificado.....	6	18	139	–	132	–	296
Educación básica .....	2	50	72	32	–	–	156
Educación secundaria.....	11	82	–	–	–	5	99
Educación post-secundaria.....	73	64	51	26	17	–	231
Salud .....	6	22	163	–	188	79	457
Salud general .....	–	2	–	–	44	19	65
Salud básica.....	6	20	163	–	143	60	392
Políticas/progrs de población y salud reproductiva.....	–	2	–	–	207	19	228
Abastecimiento de agua y saneamiento.....	–	21	–	22	482	–	525
Gobierno y sociedad civil.....	347	380	117	28	296	427	1.595
Otras infraestructuras y servicios sociales.....	5	243	31	34	71	26	409

FUENTE: Comisión Europea (2013). Annual Report 2013.

diante un Instrumento Europeo de Vecindad y Asociación (*European Neighbourhood and Partnership Instrument, ENPI*). Este Instrumento da cobertura a los países del Mediterráneo y Medio Este, es decir, a los miembros de la Sociedad Euromediterránea establecida en la Declaración de Barcelona (1995). El Documento de Estrategia Regional y el Programa Regional Indicativo se han elaborado de acuerdo con la Regulación del Consejo 1638/2006, que reemplaza al

instrumento financiero para la región dentro del anterior programa de la UE de cooperación con los países mediterráneos (MEDA).

No obstante, según las cifras del Informe Anual 2013 sobre las políticas de cooperación de la UE, el volumen de recursos realmente empleado en la región mediterránea está muy por debajo del inicialmente comprometido y, además, los desarrollos en materia de salud tienen un impacto financiero mínimo (Cuadros 1 y 2).

## 5. Perfiles sociales, económicos y de salud

En este apartado abordaremos el estudio cuantitativo que pretende analizar las tendencias observadas en dos grupos de países, UE28 y MENA, en términos de evolución temporal y convergencia intra e intergrupala. Para ello se plantea el contexto social y sanitario del área y se ofrece un análisis descriptivo a partir de las bases de datos de la OMS, los indicadores del PNUD, los datos demográficos de Naciones Unidas, el Banco Mundial, etc., así como un análisis clúster. El análisis y las variables se han dividido en las cuatro áreas siguientes.

### Factores demográficos y socioeconómicos

Numerosos factores demográficos y socioeconómicos influyen en el estado de salud de la población de un área determinada, aquí se han seleccionado los más utilizados en estudios de este tipo y teniendo en cuenta las limitaciones en la disponibilidad de datos<sup>8</sup>.

#### *Tasas de natalidad y mortalidad brutas*

Entre los demográficos cobran especial relevancia los relacionados con los movimientos naturales de población, es decir, los nacimientos y defunciones, para los cuales se analizarán las tasas de natalidad y de mortalidad. Una de las consecuencias demográficas del avance de las sociedades hacia estadios de desarrollo más elevados han sido los descensos en sus tasas de natalidad y de mortalidad, dando lugar a lo que se ha denominado transición demográfica, que tiene como resultado el envejecimiento de dichas sociedades.

Desde mitad del siglo pasado se observa la evolución descendente de las tasas de natalidad (TN) en ambos

grupos de países. Los países MENA<sup>9</sup> que partían de unos niveles manifiestamente superiores —entre el 33 por 1.000 de Israel y el 53 por 1.000 de Argelia— a los de la UE28, siguen en la actualidad presentando unas TN bastante por encima de las observadas en los países europeos —los MENA mantienen en casi todos los casos tasas superiores al 20 por 1.000, mientras que en los países de la UE28 rondan el 10 por 1.000—.

Por lo que se refiere a las tasas de mortalidad (TM), éstas eran significativamente más elevadas en todos los países MENA a mediados del Siglo XX, que en los que componen la UE28, con la única excepción de Israel (único de los MENA clasificado por el Banco Mundial en el grupo de los de «renta alta»). Sin embargo, en su evolución se advierte un descenso significativamente, más elevado en los MENA, que en la actualidad los sitúa con unas tasas de mortalidad inferiores a las de la mayoría de países de la UE28<sup>10</sup> (Gráfico 1).

#### *Ingreso nacional bruto per cápita*

Entre los factores socioeconómicos, el nivel de renta, medido por los ingresos brutos per cápita, es un indicador del nivel de desarrollo pródigamente utilizado como una medida del control sobre los recursos. Aunque se puede producir un aumento en los ingresos sin mejoras en los niveles de calidad de vida, como indica el PNUD (2013), «lo importante no es solo el nivel de ingresos sino además el uso que se dé a dichos ingresos. [...] la clave no radica en el proceso de maximización de la riqueza, sino en la elección que realicen para transformar los ingresos en desarrollo humano».

En cualquier caso, persiste una animada discusión acerca de si hay divergencia o convergencia, es decir, si

<sup>8</sup> Así, el nivel educativo, que en principio sería uno de los factores a considerar, dado que los programas de educación y alfabetización han contribuido de manera decisiva a aumentar el nivel de salud al facilitar las mejoras en la alimentación, la higiene y la salud reproductiva, se pospone para un análisis posterior en que se pueda disponer de mejores datos.

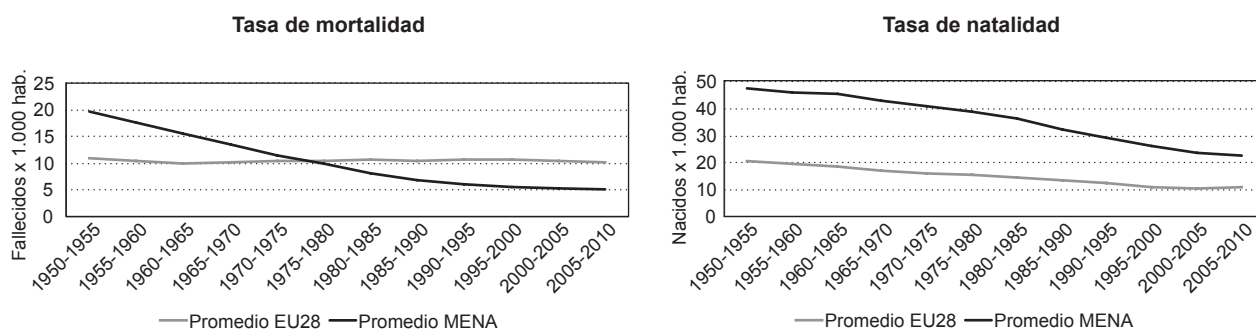
<sup>9</sup> Todos han mostrado descensos en las tasas de natalidad que rondan el 50 por 100 en los últimos 60 años, excepto Palestina (-30 por 100), Israel (-36 por 100) y Jordania (-37 por 100).

<sup>10</sup> La mayoría de los MENA redujeron sus TM más de un 70 por 100, incluso más de un 80 por 100 —como Libia—. Pero, la comparación de las TM puede llevar a confusión en un análisis global en el que no se analizan las distintas estructuras demográficas, amén de las limitaciones según las fuentes utilizadas en cada país para realizar las estimaciones.



GRÁFICO 1

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE NATALIDAD Y TASAS DE MORTALIDAD EN TANTOS POR MIL EN LOS PROMEDIO DE LA UE Y MENA



FUENTE: Elaborado a partir de los datos de Población de Naciones Unidas (UN, 2013).

las diferencias entre los países pobres y los ricos están aumentando o se están reduciendo. Los modelos neoclásicos de crecimiento económico suelen predecir que habrá convergencia, que los países pobres aumentarán sus rentas<sup>11</sup> a mayor velocidad que los ricos, pero la realidad, conforme a las más recientes teorías del crecimiento endógeno, no parece indicar lo mismo (Gráfico 2).

En la evolución de la renta per cápita se observa un aumento de la media tanto para los países de la UE28 (tasa de variación acumulada media de 1995 a 2011 del 3,91 por 100), como sobre todo para los MENA (cuya variación ha sido del 4,49 por 100), que parten de valores bastante inferiores. Si se consideran las desviaciones en los niveles de renta, los coeficientes de variación revelan que la dispersión en los niveles de renta es relativamente superior en el grupo MENA y que en ambos casos estas dispersiones se han ido reduciendo en el período considerado.

Para ver mejor si ha habido convergencia o divergencia entre los niveles de renta, se dice que entre diversos

países ha habido beta-convergencia<sup>12</sup> si se observa que los países pobres han crecido más que los ricos, o sea, si puede demostrarse que el hecho de tener una renta menor está asociado a unas tasas de crecimiento más altas. Para ver esto, se analiza la asociación entre la situación de partida de la renta per cápita medida en logaritmo neperiano y las variaciones en dicha renta.

Las pendientes negativas de las rectas en los gráficos del Gráfico 3 reflejan una débil convergencia tanto en los países MENA como en los de la UE28. La similitud en las pendientes de las rectas indica velocidades parecidas en el proceso de convergencia en ambos grupos. La cuestión está en que los MENA parten de valores de renta muy inferiores y más divergentes que en el caso de los países de la UE28.

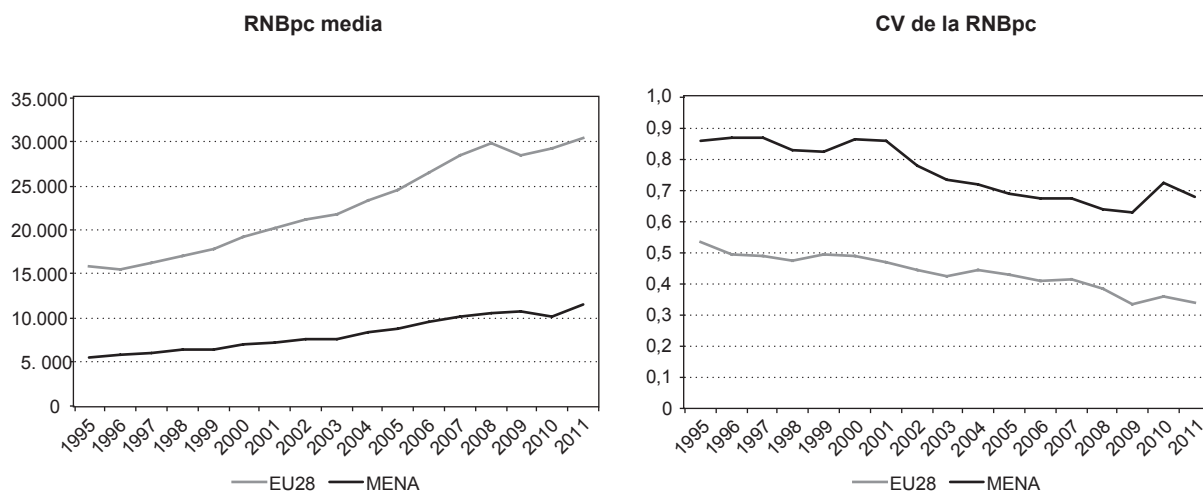
No obstante, aunque existen grandes diferencias entre los grupos de países y regiones, las desigualdades más importantes son las existentes dentro de los propios países, reflejadas en los valores del Coeficiente de Gini de ingresos. Los valores más elevados, por tanto más desigualdad, están en los países MENA, fundamentalmente Túnez (41,4) y

<sup>11</sup> En las tasas de crecimiento de la renta influyen muchísimos factores, como las decisiones políticas de sus gobernantes, el grado de educación de sus habitantes, el desarrollo tecnológico, etc.

<sup>12</sup> Según la definición SALA-I-MARTIN en 1990.

GRÁFICO 2

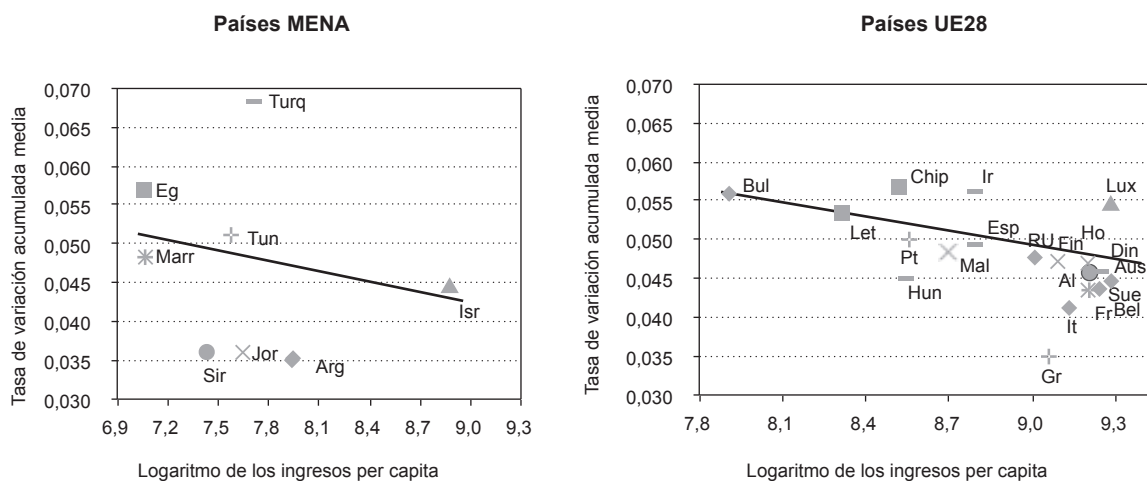
EVOLUCIÓN DE LA RENTA NACIONAL BRUTA PER CÁPITA MEDIA Y DE SUS COEFICIENTES DE VARIACIÓN EN LA UE28 Y EN LOS MENA



FUENTE: World Health Organization (WHO), Global Health Observatory. Data Repository.

GRÁFICO 3

CONVERGENCIA BETA (RENTA PER CÁPITA (EN LN) EN 1980 Y SUS VARIACIONES HASTA 2012)



FUENTE: World Health Organization (WHO), Global Health Observatory. Data Repository.



**GRÁFICO 4**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER, 2011**



FUENTE: World Health Organization (WHO), Global Health Observatory. Data Repository.

Marruecos (40,9), aunque también son altos en algunos países de la UE28, máxime en los de nueva incorporación (Lituania, Letonia, Estonia) y entre los ya pertenecientes a la UE15, los del área mediterránea (Italia, España y Grecia) (PNUD, 2013).

### Estado de salud

Como ya se ha comentado la mejora de la salud es un aspecto central de los ODM y el sector público se erige como principal proveedor de estos servicios en los países en desarrollo. Según el Banco Mundial<sup>13</sup>, para reducir las inequidades, muchas naciones han puesto énfasis en la atención primaria, ámbito que incluye va-

cunación, saneamiento, acceso al agua potable e iniciativas de maternidad sin riesgos. En principio vamos a basarnos en las comparaciones entre los valores alcanzados por el indicador esperanza de vida y la mortalidad infantil.

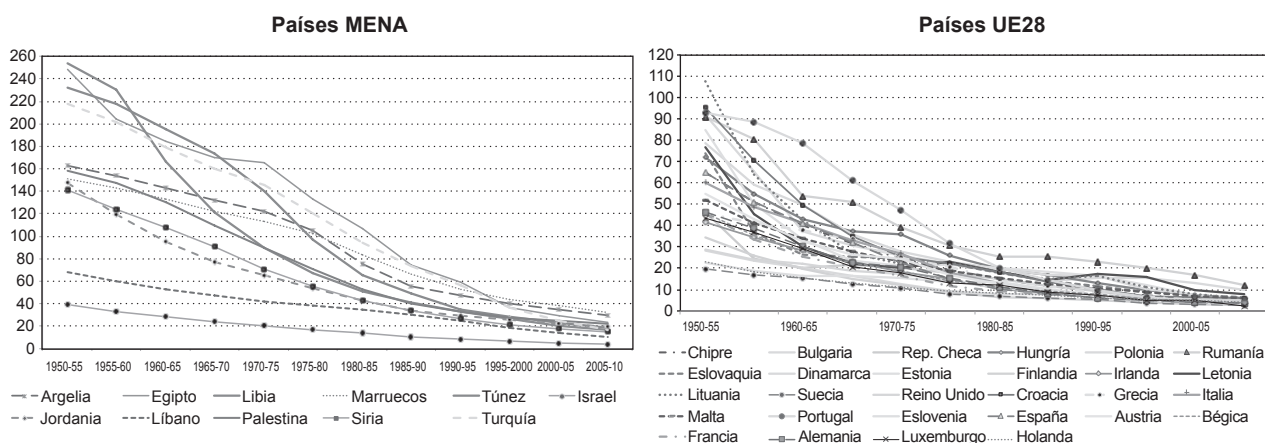
### Esperanza de vida

La esperanza de vida (EV) se considera un componente esencial del índice de desarrollo humano (IDH). En los últimos 50 años se ha incrementado más rápidamente que nunca en todo el mundo (BID, 2008). En 2012 la EV promedio fue de 70,1 años, con amplias diferencias entre países (Gráfico 4).

Según los datos de la OMS (WHO, 2013), los mayores valores de este indicador están en los países de

<sup>13</sup> <http://www.bancomundial.org/es/topic/health>

GRÁFICO 5  
EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL



FUENTE: Elaborado a partir de los datos de Población de Naciones Unidas (UN, 2013).

la UE que componían la UE15 y en Israel, todos con valores a partir de los 80 años. El resto de países de la UE, de la Europa del Este, junto con los MENA, tienen valores de EV que rondan los 75 años, siendo Libia el de menor valor con tan solo 65 años. Pero estos niveles de EV han aumentado considerablemente en los últimos años, fundamentalmente en los países MENA, que partían a mediados del siglo pasado de valores de la EV claramente inferiores a los 50 años, excepto Líbano e Israel.

### Mortalidad infantil

Uno de los indicadores más sensibles del bienestar humano, también considerado un determinante importante del IDH, y cuarto ODM, es la supervivencia infantil. Según el PNUD (2013), en 2010 la tasa mundial de mortalidad en menores de cinco años fue de 55 muertes por 1.000 niños nacidos vivos, aunque desigualmente distribuida por países, de modo que

la tasa más alta corresponde a países con IDH bajo. Este esquema se reproduce básicamente en los países analizados. Así, aunque las tasas han descendido significativamente, las tasas más elevadas continúan en los países MENA con menores ingresos e inferiores valores de IDH: Marruecos (32), Argelia (30), Egipto (23), etcétera (Gráfico 5).

La mala salud infantil puede afectar de manera permanente el desarrollo cognitivo del niño y, posteriormente, su productividad laboral como adulto. Históricamente se observa una clara asociación entre el aumento de la esperanza de vida y las reducciones de la mortalidad de lactantes y niños. De hecho, si realizamos la regresión entre los datos para 2011 de EV de los países analizados y las tasas de mortalidad infantil (TMI) para los menores de 5 años, obtenemos un modelo claramente significativo ( $p=2,7 \cdot 10^{-7}$  y  $R^2=0,7242$ ) y en el que el coeficiente de regresión (-0,4288) indica que existe una relación inversa entre la TMI y la EV, es decir, que a medida que la tasa se reduce la EV aumenta.

## Financiación de los servicios sanitarios

En general, los países con gastos públicos más elevados en salud<sup>14</sup> y educación han experimentado niveles elevados de desarrollo humano, aunque esto puede enmascarar variaciones locales (PNUD, 2013). Vamos a centrarnos fundamentalmente en los gastos de salud realizados desde el sector público<sup>15</sup>, y teniendo en cuenta la población a la que va dirigido, es decir, el gasto per cápita.

A partir de la base de datos de cuentas nacionales de salud de la OMS<sup>16</sup> analizamos la situación de gasto de los países considerados y su evolución. Por un lado, observamos que los mayores niveles de gasto público per cápita en salud están en los países de la UE28<sup>17</sup>. Los países europeos mediterráneos se encuentran en unos niveles intermedios y los MENA en unos valores muy inferiores, especialmente Marruecos, Siria y Egipto.

En ambos grupos de países, estos gastos han aumentado considerablemente desde 1995 a 2011, destacando las variaciones acumuladas medias anuales de Turquía (12,85 por 100), Rumanía (10,95 por 100), Lituania (8,79 por 100), etc.; mientras que los que menos avanzaron en este sentido fueron Líbano (0,62 por 100) y Libia (1,34 por 100).

En el Cuadro 3 confirmamos que los gastos en salud de las administraciones públicas han aumentado en el periodo considerado, que la media para los países de la UE28 es considerablemente superior a la de los MENA, que dicha diferencia se ha acrecentado en los últimos años, y que las discrepancias dentro

de los grupos de países son muy superiores en los MENA que en los de la UE28. Además, la convergencia dentro del grupo de países de la UE28 se ha frenado con la crisis (a partir de 2008), aumentando levemente la distancia entre países, mientras que en los MENA parece que el aumento en la divergencia ha sido mayor y se ha producido en los dos últimos años.

### Análisis clúster

Para matizar la convergencia entre los países de ambos grupos se realiza un análisis de conglomerados como técnica exploratoria de clasificación, usando el método jerárquico aglomerativo, con los datos de gasto en salud per cápita del Gobierno (GPSpc), los de ingresos netos per cápita (INpc) y los de EV y TMI en 2011. En el dendograma se aprecian las primeras agrupaciones de países en función de estas cuatro variables, y a partir de él, aplicando el método de partición del algoritmo de k-medias para 3, 4 y 5 *clúster* o agrupaciones, hemos optado por el de 5 que refleja mejor las diversas tipologías. Este último método ofrece ligeras variaciones en las agrupaciones, que son las incorporadas en el Gráfico 6 del dendograma.

Así, los cinco grupos o *clúster* resultantes son los siguientes:

*Clúster 1:* Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia. Países de la UE28 con los mayores niveles de GPSpc, excepto Bélgica y Dinamarca que pasan al grupo 2, y con mayores niveles de ingresos y elevados valores de EV y bajas TMI.

*Clúster 2:* Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Grecia, Irlanda, Italia, Portugal y Reino Unido. Países de la UE28 junto a Israel, la mayoría con altos niveles de ingresos, elevados gastos en salud, altos valores de EV y bajas TMI.

*Clúster 3:* Argelia, Egipto y Marruecos. Grupo de países MENA con menores gastos en salud, así como bajos niveles de ingresos, bajos valores de EV y muy altas TMI.

*Clúster 4:* Croacia, Estonia, Hungría, Lituania, Malta y República Checa. Países de reciente incorporación a la

<sup>14</sup> El gasto total en salud es la suma de los gastos en salud públicos y privados, como proporción de la población total. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.

<sup>15</sup> El gasto público en salud comprende el gasto recurrente y de capital proveniente de los presupuestos público, el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las de los organismos internacionales y las ONG) y los fondos de seguro de salud sociales (u obligatorios).

<sup>16</sup> <http://apps.who.int/nha/database>

<sup>17</sup> Destacan los del Benelux (Luxemburgo, Países Bajos y Bélgica), algunos nórdicos (Suecia y Dinamarca) y Austria, Alemania y Francia.

CUADRO 3

 ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA DEL GOBIERNO EN SALUD  
 (PPP int. dólares\*)

	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011
<b>Total</b>							
Media .....	442,67	1.117,45	818,79	1.049,11	1.118,38	1.104,54	1.117,45
Desv estándar .....	575,73	1.358,89	1.038,71	1.238,90	1.310,88	1.333,84	1.358,89
Coef variación .....	1,30	1,22	1,27	1,18	1,17	1,21	1,22
Máximo .....	2.005,15	5.794,45	4.611,58	5.100,07	5.515,11	5.660,07	5.794,45
Mínimo .....	26,76	92,86	51,03	76,66	83,89	80,28	92,86
Recorr. o amplitud .....	1.978,39	5.701,59	4.560,55	5.023,41	5.431,22	5.579,79	5.701,59
Recorr. relativo .....	4,47	5,10	5,57	4,79	4,86	5,05	5,10
Coef. apert. rel. ....	73,93	61,40	89,37	65,53	64,74	69,50	61,40
<b>UE-28</b>							
Media .....	688,98	1.840,80	1.350,37	1.751,50	1.813,65	1.816,81	1.840,80
Desv estándar .....	553,80	1.269,18	977,24	1.131,26	1.216,66	1.244,39	1.269,18
Coef variación .....	0,80	0,69	0,72	0,65	0,67	0,68	0,69
Máximo .....	2.005,15	5.794,45	4.611,58	5.100,07	5.515,11	5.660,07	5.794,45
Mínimo .....	137,12	588,51	415,25	568,01	548,76	588,62	588,51
Recorr. o amplitud .....	1.868,03	5.205,94	4.196,33	4.532,06	4.966,35	5.071,45	5.205,94
Recorr. relativo .....	2,71	2,83	3,11	2,59	2,74	2,79	2,83
Coef. apert. rel. ....	13,62	8,85	10,11	7,98	9,05	8,62	8,85
<b>MENA</b>							
Media .....	128,27	276,22	201,74	249,79	288,86	274,17	276,22
Desv estándar .....	278,92	398,21	319,18	347,67	346,10	366,33	398,21
Coef variación .....	2,17	1,44	1,58	1,39	1,20	1,34	1,44
Máximo .....	983,19	1.335,83	1.141,14	1.216,36	1.220,47	1.259,05	1.335,83
Mínimo .....	26,76	92,86	51,03	76,66	83,89	80,28	92,86
Recorr. o amplitud .....	956,43	1.242,97	1.090,11	1.139,70	1.136,58	1.178,77	1.242,97
Recorr. relativo .....	7,46	4,50	5,40	4,56	3,93	4,30	4,50
Coef. apert. rel. ....	35,74	13,39	21,36	14,87	13,55	14,68	13,39

NOTA: \* PPP int \$ paridad de poder de compra en dólares internacionales.

FUENTE: Fuente: World Health Organization (WHO), Global Health Observatory. Data Repository.

UE28, con niveles de ingresos medios, no elevados gastos en salud, valores de EV intermedios y no muy bajas TMI, excepto República Checa.

Clúster 5: Bulgaria, Eslovaquia, Letonia, Polonia y Rumania, por parte de la UE28, y Jordania, Libia, Siria,

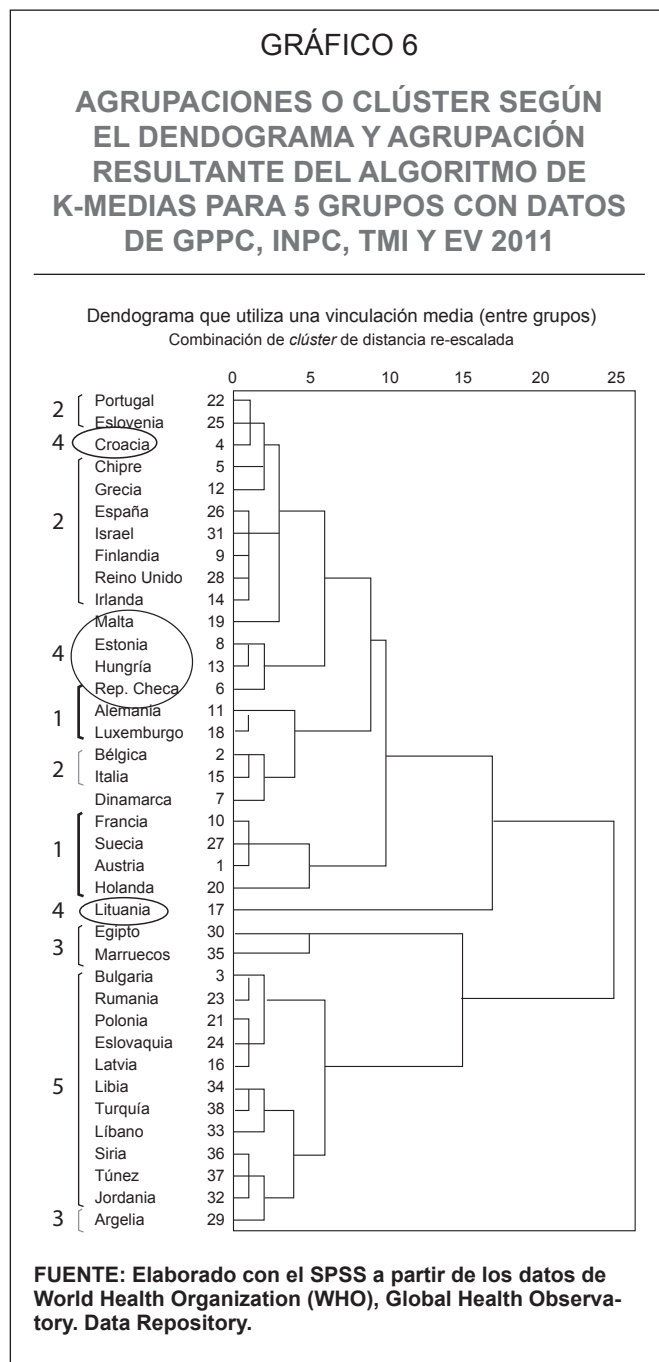
Túnez y Turquía, por parte de los MENA. Es un grupo de ingresos medio y bajo, con valores de EV inferiores al resto de países analizados, bastante de ellos con valores elevados de la TMI, y todos ellos con unos niveles de GPSpc bajos.

### Organización del sistema de salud: recursos humanos y mortalidad infantil

El debate en torno a los determinantes de la salud revela el limitado impacto de los servicios de salud en el estado de salud de la población. La buena salud de la población es un objetivo individual y colectivo perseguido desde hace tiempo. En 1974 el Informe Lalonde, titulado «Una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses» (1981) puso de manifiesto, por primera vez, desde un país industrializado, que las intervenciones biomédicas (servicios médicos, hospitalarios, farmacéuticos, etc.) no son los principales responsables del bienestar individual ni de las mejoras en el nivel de salud de la población. Este Informe identificó cuatro ámbitos que de forma interdependiente eran los responsables de la salud de los individuos: los aspectos medioambientales (físicos y sociales), los de la biología humana, el estilo de vida y los servicios de salud (cantidad, calidad, naturaleza y relaciones entre la población y los recursos de salud). Por lo tanto, los servicios sanitarios son solo una de las muchas formas de mantener y mejorar la salud de la población. Ya en 1974 el Gobierno canadiense expresó un planteamiento avanzado a su tiempo. No se trata solo de proveer servicios de salud en el sentido tradicional (camas, hospitales, quirófanos, etc.), sino de ofrecer servicios educativos y de información que consigan proteger la salud de los canadienses convirtiéndolos en socios de los profesionales de salud para preservar y mejorar su estatus de salud.

Este planteamiento del Gobierno canadiense inspiró algunos postulados establecidos en la Declaración de Alma-Ata (1978). Allí se establecieron los derechos y obligaciones de la población y los Gobiernos respecto a la salud, la definición de salud vigente y la institución de la Atención Primaria como nivel de prestación de servicios sanitarios más vinculado a los determinantes ambientales y de estilo de vida de la salud de los ciudadanos.

El proceso de desarrollo económico en los países desarrollados y los indiscutibles avances en la Aten-



ción Especializada han hecho que olvidemos el trascendental rol de los servicios de Atención Primaria en el mantenimiento de la salud de la población. En los últimos años, a medida que las principales causas de muerte en los países de la OCDE se vinculan al

proceso de desarrollo y a los cambios en los hábitos y estilos de vida (Bloom *et al.*, 2011), resurge un renovado interés por los servicios educativos a la población orientados hacia la salud. El avance de las enfermedades cardiovasculares como principales causas de muerte entre la población en los países desarrollados origina un renovado interés por los estilos de vida saludables (Teo, K. *et al.*, 2013).

Los resultados en términos de salud de los países MENA no están determinados únicamente por el desarrollo de los servicios de salud. Como hemos indicado, la salud tiene múltiples condicionantes con mayor peso que el desarrollo de los servicios de salud en el sentido clásico del término. Sin embargo, sí cabe presuponer un claro impacto de los servicios de salud entendidos como desarrollo de la educación en salud.

Atendiendo a este razonamiento se analiza la relación entre el desarrollo de los recursos humanos dedicados a servicios de salud y un indicador intermedio de resultados en salud con gran impacto como es la tasa de mortalidad infantil. En este análisis haremos depender la mortalidad infantil (fallecidos menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos) de la densidad de médicos y personal de enfermería (densidad por 1.000 habitantes) de forma independiente. El análisis descriptivo ofrece grandes diferencias en la variable resultado, una tasa media de mortalidad infantil del 5,6 por 1.000 en los países EU28 frente a un 20,5 por 1.000 en los países MENA. Estas diferencias se corresponden con dotaciones muy distintas en términos de personal empleado en los servicios de salud.

Los resultados de este análisis muestran una pérdida de intensidad en la relación entre la fuerza de trabajo en salud y los resultados en términos de mortalidad infantil a medida que los países van adquiriendo un mayor grado de desarrollo económico. El ajuste de una función potencial arroja mayor asociación en los países MENA que en los UE28. Sin embargo, el grado de asociación entre cada una de

las variables explicativas y la dependiente se ve fortalecido cuando incluimos ambos grupos de países en la regresión.

En los gráficos del Gráfico 7 se observa el elevado nivel de asociación entre el desarrollo de las dotaciones de personal enfermero y el descenso en la tasa de mortalidad infantil. Este hecho es consecuente con el desarrollo de la atención primaria y sus efectos en términos de educación para la salud, labor principalmente desarrollada por el personal enfermero. En términos de política sanitaria y de convergencia entre ambos grupos de países es evidente el margen de mejora para los países MENA, donde es indiscutible, todavía, el desarrollo de un sistema de atención primaria con cobertura territorial suficiente.

## 6. Conclusiones

En el artículo hemos constatado la evolución del concepto de salud desde una visión biomédica hacia otra más relacionada con el desarrollo humano y con las capacidades individuales y colectivas.

Dado el carácter exploratorio de este estudio, nuestras conclusiones no se concretan en la discusión de hallazgos singulares sino que señalaremos una serie de aspectos claves que deben orientar el desarrollo de los servicios sanitarios en el grupo de países MENA.

A modo de revisión final de algunas ideas claves, presentadas a lo largo del trabajo, nos interesa destacar:

- La salud es al mismo tiempo un resultado y un factor determinante del desarrollo. De ahí que la mejora de la salud siga siendo un elemento central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

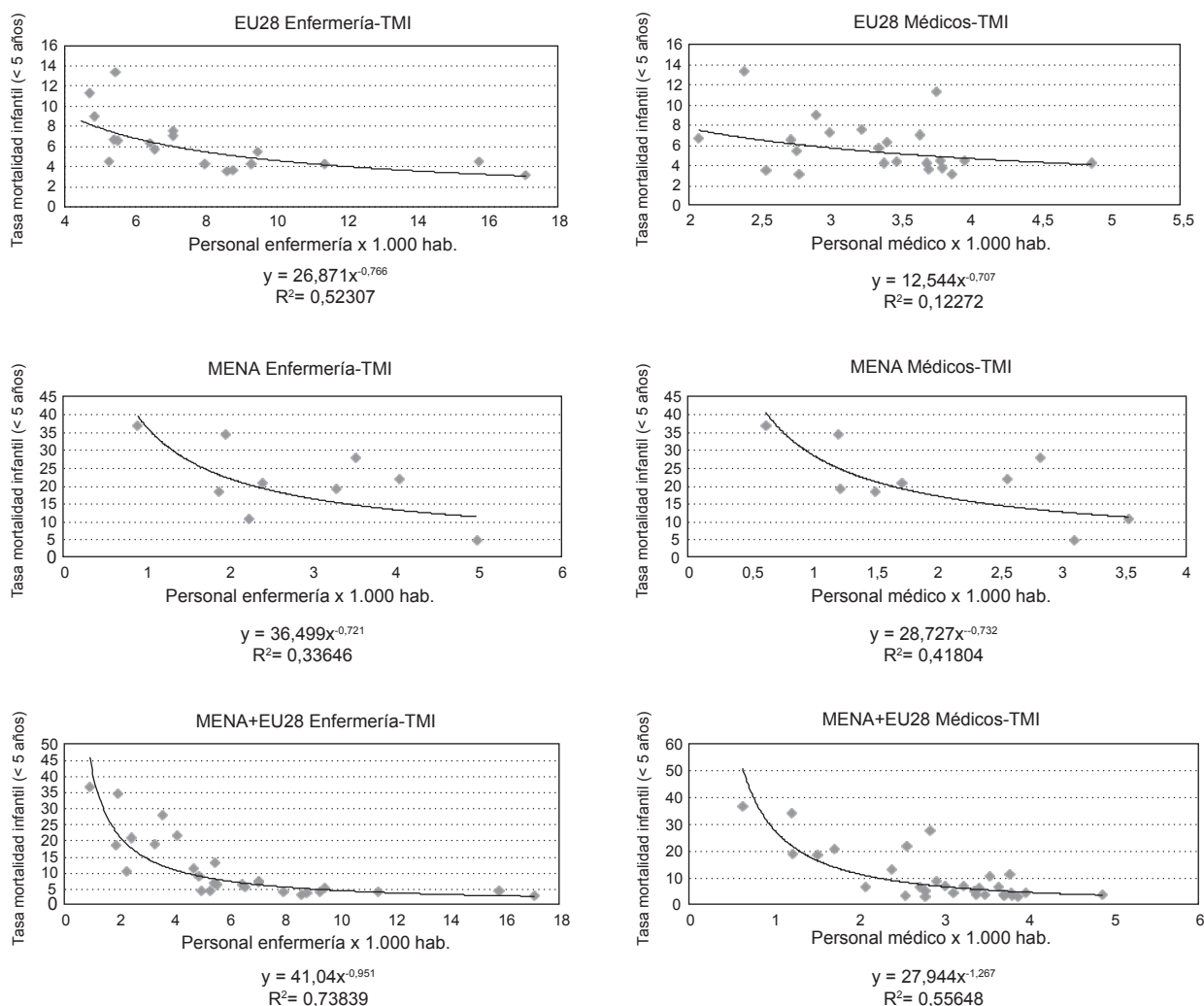
- Igual que ocurre en general en el desarrollo de las teorías del crecimiento económico, el capital humano se ha convertido en un elemento central de la relación circular: salud-desarrollo-salud.

- La trascendencia de la salud va más allá del componente individual y enlaza con elementos socio-institucionales de clara repercusión en la política económica, y más concretamente en las políticas públi-



GRÁFICO 7

PERSONAL SANITARIO *VERSUS* TASA DE MORTALIDAD INFANTIL



FUENTE: World Health Organization (WHO), Global Health Observatory. Data Repository.

cas: estrategias de participación social en la gestión de la salud y los servicios vinculados.

— Como política social, la política sanitaria se vincula con la reducción de desigualdades en salud y en el acceso a los servicios sanitarios. En este sentido, la OMS establece el objetivo de la cobertura sanitaria universal.

— En el marco de la UE, las desigualdades en salud han pasado a formar parte de la política de cohesión. La estrategia Europa 2020 prioriza la necesidad de asegurar el acceso universal a unos servicios de atención médica asequibles y de alta calidad, que incluyan la prevención y promoción de la salud.

— Dentro de la UE los sistemas de salud y los servicios asociados son un objeto de atención prioritario en las políticas de cooperación para la cohesión entre los países de la Unión Europea a través del método MAC, cuyas prioridades se concretan en el acceso, la calidad y la sostenibilidad de éstos.

— El volumen de recursos realmente empleado en la región mediterránea está muy por debajo del inicialmente comprometido y, además, los desarrollos en materia de salud tienen un impacto financiero mínimo.

— Las realidades sociales en términos de salud son muy distintas entre ambos grupos, UE28 y MENA. Se constata una gran brecha en términos de esperanza de vida.

— La esperanza de vida está claramente asociada con la renta per cápita y el volumen de recursos públicos invertidos en salud. El caso de la mortalidad infantil es un claro ejemplo analizado en este trabajo.

— Las principales preocupaciones en términos de política económica también son muy distintas. Mientras que los países de la UE28 debaten la viabilidad y sostenibilidad de unos sistemas sanitarios accesibles y prácticamente universales que absorben un alto porcentaje de los recursos públicos, los países MENA presentan dotaciones claramente insuficientes de recursos humanos en unos servicios sanitarios que generan una brecha insalvable en términos de resultados de salud.

Una vez alcanzados unos determinados niveles de calidad en los servicios sanitarios, la asignación de recursos adicionales no conlleva necesariamente una mejora en los resultados de salud, sin embargo, la situación puesta de manifiesto en los países MENA no ha alcanzado todavía este umbral de ineficacia de los recursos públicos destinados a los servicios sanitarios. Por lo tanto, nuestra recomendación final apuesta por una intensificación de los esfuerzos nacionales y de cooperación en el seno de la UE en proyectos de servicios sanitarios en los países MENA, tendentes a consolidar un sistema eficaz de atención primaria con cobertura universal y con accesibilidad garantizada.

## Referencias bibliográficas

- [1] BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID) (2008): *Calidad de vida. Más allá de lo hechos*. Ed. BID, Washington.
- [2] BARRO, R. y SALA-i-MARTIN, X. (1995): *Economic Growth*. McGraw Hill, New York.
- [3] BLOOM, D. E. et al. (2011): *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- [4] BLOOM, D. E. y CANNING, D. (2000): The Health and Wealth of Nations, *Science* 287, 1207-1209.
- [5] CABASÉS, J.M. (2013): «La sanidad pública» en Eurobask, *Estado Europeo de Bienestar: retos para Euskadi en el SXXI*.
- [6] CANADIAN GOVERNMENT (1981): *A New Perspective on the Health of Canadians*. Lalonde Report, 1974. Disponible en: [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf).
- [7] COMISIÓN EUROPEA PARA LA SALUD PÚBLICA (2004): *Health Indicators and Data Collection* (online). Brussels: European Commission (citado el 15 de Abril de 2004) ([http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_information/indicators/indicators\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/indicators/indicators_en.htm)).
- [8] COMISIÓN EUROPEA (2007): European Neighbourhood and Partnership Instrument (ENPI). [http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/country/enpi\\_euromed\\_rsp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/world/enp/pdf/country/enpi_euromed_rsp_en.pdf)
- [9] COMISIÓN EUROPEA (2013): Annual Report 2013 on the European Community's Development and External Assistance Policies and their Implementation in 2012). [http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/annual-reports/europeaid\\_annual\\_report\\_2013\\_full\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/annual-reports/europeaid_annual_report_2013_full_en.pdf)
- [10] CURRAIS, L. y RIVERA, B. (1999): «Economic Growth and Health: Direct Impact or Reverse Causation?» *Applied Economic Letters* 6 (11), 761-764.
- [11] DOLAN, P.; LAYARD, R. y METCALFE, R. (2011): *Measuring Subjective Well-Being for Public Policy*. Londres: Oficina Nacional de Estadísticas del Reino Unido.
- [12] FOGEL, R. W. (1994): «Economic Growth, Population Theory and Physiology: The Bearing of Long-Term Process on the Making of Economic Policy». *American Economic Review*, 84 (3): 369-395.
- [13] JERCH, M. (2009): «De París al Mediterráneo, vía Accra: La cooperación al desarrollo en el Mediterráneo desde una perspectiva de eficacia de la ayuda», *Información Comercial Española, Revista de Economía*, nº 846, 139-152.
- [14] KRUEGER, A. B. y SCHKADE D. A. (2008): «The Reliability of Subjective Well-Being Measures». *Journal of Public Economics* 92 (8–9): 1833–1845

[15] LÓPEZ-CASASNOVAS, G.; RIVERA, B. y CURRAIS, L. (2005): *Health and Economic Growth: Findings and Policy Implications*. MIT Press, Cambridge MA.

[16] MANKIW, G.; ROMER, D. y WEIL, D. (1992): «A Contribution to the Empirics of Economic Growth». *Quarterly Journal of Economics* 107 (2), 407-437.

[17] NUSSBAUM, M. (2002): *Las mujeres y el desarrollo humano*. Herder, Barcelona.

[18] PNUD (1994): *Informe sobre el Desarrollo Humano*, PNUD, Washington.

[19] PNUD (2013): *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD-UNDP), New York, [www.undp.org](http://www.undp.org)

[20] SEN, A. (1981): *Poverty and famines. An essay on entitlement and deprivation*. Clarendon Press, Oxford.

[21] SMITH, J. P. (1999): «Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation Between Health and Socio-economic Status». *Journal of Economic Perspectives* 13, 145-166.

[22] TEO, K. *et al.* (2013). Prevalence of a Healthy Lifestyle among Individuals with Cardiovascular Disease in High-, Middle- and Low-Income Countries. The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) Study. *JAMA*, April 17, 2013—Vol 309, No. 15, 1613-1621.

[23] RAPAPORT, J. (2005): «Salud y desarrollo» en *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Hegoa, Universidad del País Vasco. [Http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/197](http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/197)

[24] THE LANCET-UNIVERSITY of Oslo Commission on Global Governance on Health (2014): *The Political*

*origins of health inequity: prospects for change*. Lancet, Oslo.

[25] WOOD, G. (2009): «Situating informal welfare within imperfect wellbeing regimes». International Conference sponsored by the Harvard Academy for International and Area Studies, The Weatherhead Center, Harvard University, Cambridge MA, May 8-9, 2009.

[26] WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO (1978): *Declaración de Alma-Ata*. Disponible en: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

[27] WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999): «WHO on Health and Economic Productivity». *Population and Development Review* 25 (2), 396-401.

[28] WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO (2013): *Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013*. Luxemburgo.

### Bases de datos electrónicas

— United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). *World Population Prospects: The 2012 Revision*, DVD Edition.

— United Nations, United Nations Development Program (UNDP) <https://data.undp.org/dataset>

— World Bank, Country and Lending Groups. [http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#High\\_income](http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups#High_income)

— World Health Organization (WHO), Global Health Observatory. Data Repository. <http://apps.who.int/gho/data>