

00662

4

2EJ

**UNA VISION COMPARATIVA
DE LOS
SISTEMAS DE SALUD
EN EL MUNDO**

(A TRAVES DEL ANALISIS ESTADISTICO
DE CORRELACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL
CON INDICADORES DE DESARROLLO Y BIENESTAR SOCIAL)

Gabriel

DR HECTOR ROBLEDO GALVAN

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MIS PADRES:

**JOSE DE JESUS ROBLEDO HARO
ALICIA GALVAN DE ROBLEDO.**

**A MI ESPOSA ROSA MARIA
A MI HIJA ANA ALICIA
A MI HIJO HECTOR GABRIEL**

INDICE

I	INTRODUCCION	1
II	PROPOSITO	4
III	OBJETIVOS	4
IV	PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA	5
V	HIPOTESIS	6
VI	MARCO TEORICO	7
VII	METODOLOGIA	19
VIII	RELACION DE PAISES ESTUDIADOS	23
IX	ESTADISTICAS GENERALES Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD	25
X	ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION	132
XI	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	162
XII	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	171
XIII	ANEXOS	191

I INTRODUCCION :

La Federación Internacional de Hospitales es una organización establecida en 1929 con sede en Londres, Inglaterra y cuya función principal es la promoción y difusión de la planeación y administración de hospitales y servicios de salud a través de conferencias, visitas de estudio, cursos de capacitación, servicios de información, publicaciones, investigaciones y desarrollo de proyectos.

Entre los proyectos que realiza, lleva a cabo estudios que abarcan, desde lo más minucioso de un departamento específico de un centro de salud u hospital, hasta complejas investigaciones de diversa índole sobre los sistemas de salud de la mayoría de los países del mundo.

Son muchos los aspectos y los ángulos de abordaje para el estudio detallado de un sistema en sí mismo, ya que la investigación se puede ampliar tanto como la capacidad de preguntarse tenga el investigador.

El ritmo de crecimiento, desarrollo y adaptación a los cambios varía en cada país de acuerdo a sus condiciones y circunstancias económicas, políticas y sociales; de igual forma los sistemas de salud se modifican, actualizan o ajustan a un paso diferente. Elementos como el desarrollo tecnológico y los recursos económicos disponibles influyen en gran medida en la velocidad de los cambios y los ajustes.

Debemos tener presente que a pesar de las diferencias entre los países, las reformas a sus sistemas de salud no han cesado por lo que es conveniente conocerlas para poder así hacer comparaciones y disminuir la posibilidad de considerar a un modelo de organización o de sistema de salud como el mejor, el más completo o el más eficiente de una región, continente o incluso del mundo entero.

Para este trabajo se han seleccionado aquellos indicadores que han sido aceptados internacionalmente como válidos para evaluar resultados de los sistemas de salud en todo el mundo.

Desde el estudio más remoto sobre los sistemas de salud, se observa como siempre la búsqueda de modelos que den respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad, ha sido tema de investigación. Como producto de estas investigaciones se han generado propuestas y alternativas de solución diversas que distan entre sí de disponer de estrategias similares, pues las experiencias y condiciones propias hacen que los sistemas tengan características muy particulares.

En ocasiones las características propias de cada época, juegan un papel importante en el desarrollo de los sistemas de salud, el reto entonces consiste en identificar lo que es significativo y trascendente, aplicarlo y obtener resultados favorables para la población que representa.

La distribución de responsabilidades en materia de salud varía en cada país. Otros factores como son las diferencias en las estructuras de edad, la densidad de la población, las actitudes culturales, el clima y otros aspectos ambientales, dificultan las comparaciones.

¿Cómo mejorar las condiciones de salud de un país si no se conoce cuál es el peso específico de los problemas que les atañen?

¿Cuáles son los servicios de salud existentes para la población demandante?

¿Cómo se encuentran organizados y de qué recursos se dispone para atender la demanda de atención médica?

¿Cómo repercute en la salud el valor de los indicadores de perfil demográfico, en particular de la esperanza de vida?

¿Qué relación existe entre el número de habitantes por médico y la mortalidad infantil?

¿La diferencia de ingreso per cápita anual por habitante, tiene repercusión en las condiciones de vida de una población?

¿Es la mortalidad infantil un indicador adecuado para el análisis de las condiciones de salud de una población?

Son muchas las interrogantes y pocas las respuestas ya que las preguntas nacen muchas veces vinculadas a las carencias y las respuestas surgen de la mano de los recursos.

Instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), organizaciones de Seguridad Social, la Federación Internacional de Hospitales (FIH) y otras vinculadas con el ramo, tienen interés por conocer cómo están organizados los sistemas de salud y qué tan eficientes son, si dan respuesta a las necesidades de salud de la población o si tienen acciones consideradas para hacerlo.

Los gobiernos pueden considerar la información recabada por los organismos internacionales antes mencionados como un punto de partida hacia la toma de decisiones que les apoye en la búsqueda de soluciones a sus esquemas de desarrollo vigentes. Los Ministerios de Salud tienen la responsabilidad de examinar las

propuestas e informar a quienes toman la última decisión sobre la realidad del diagnóstico de la situación de salud en el país y la posibilidad de resolver progresivamente los problemas con alternativas propias o comunes.

Este trabajo pretende contribuir con un poco más de información a la ya publicada para dar elementos de apoyo a los tomadores de decisiones.

El documento está dividido en dos partes, la primera es básicamente descriptiva en donde se encuentran estadísticas generales de las condiciones de salud y bienestar social del país. Se anotó el número de habitantes, el ingreso per cápita anual, el porcentaje del PNB invertido en salud, el promedio de esperanza de vida, la mortalidad infantil por mil nacidos vivos, el número de habitantes por médico, el índice de alfabetismo y una clasificación de hospitales de donde se tomaron el total de número de hospitales y el total de camas censables. Este último dato se relacionó con el total de la población para determinar el índice de camas por mil habitantes.

Posteriormente se presenta la descripción de cuáles son las principales características del sistema nacional de salud del país en estudio. Es un resumen que trata de ser lo más homogéneo posible con respecto a los demás países. Al final de la descripción se presentan las organizaciones de atención a la salud de cada entidad. Esta primera parte conformó la "Gufa de Servicios de Salud del Mundo" que fue publicada y distribuida a todos los miembros de la Federación Internacional de Hospitales en 1990.

La segunda parte del trabajo consiste en un ejercicio y análisis estadístico de correlación lineal simple y regresión múltiple, en donde se consideró a la mortalidad infantil como variable dependiente y a la esperanza de vida (perfil demográfico), índice de alfabetismo (perfil cultural) habitantes por médico, índice de camas, número de hospitales (bienestar social) e ingreso per cápita anual (perfil económico), como variables independientes.

Finalmente se presentan las conclusiones de este ejercicio estadístico y se demuestra la clara relación que existe entre las variables. Este trabajo podrá ser seguramente un instrumento más de apoyo a los estudiosos del tema y un punto de partida para generar más líneas de investigación al respecto.

El derecho a la salud es universal y el acceso a los servicios debe ser para todos los ciudadanos sin importar raza, sexo, edad y condiciones económicas. Es necesario aceptar que la salud es fundamentalmente una responsabilidad pública y que corresponde a las autoridades de cada país alcanzarla.

En el próximo siglo, el gran reto que enfrentarán los servicios de salud estará orientado a dar solución o disminuir el desfasamiento actual que existe entre las organizaciones y sistemas que cuentan con la capacidad de adaptarse rápidamente a los cambios y las que tardan en poder hacerlo.

II PROPOSITO :

Este trabajo tiene en sí un propósito personal y otro académico. El primero es que sea el instrumento para poder culminar los estudios de Maestría en Administración de la Atención Médica y Hospitales de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración.

El propósito académico es contribuir a apoyar a los responsables de la planeación estratégica de los servicios de salud, con una herramienta de consulta para la toma de decisiones en el desarrollo, modificación o adecuación de los sistemas de servicios de atención a la salud.

III OBJETIVOS:

GENERAL:

Describir la forma como están organizados los servicios de atención a la salud en los distintos países del mundo; así como llevar a cabo un ejercicio de análisis estadístico de correlación entre variables que muestren la vinculación que existe entre la mortalidad infantil y algunos indicadores de bienestar social de las poblaciones.

ESPECIFICOS:

- 1.- Disponer de los datos estadísticos de perfil demográfico (número de habitantes, mortalidad infantil, esperanza de vida), de bienestar social (habitantes por médico, camas de hospitales por mil habitantes y número de hospitales); perfil cultural (alfabetismo); perfil económico (ingreso por habitante) de los 56 países estudiados.
- 2.- Señalar el número y tipo de hospitales con los que cuenta cada país (de acuerdo a su propia nomenclatura y clasificación).
- 3.- Identificar algunas de las principales características de los sistemas nacionales de atención a la salud de los 56 países estudiados.
- 4.- Inferir la correlación entre la mortalidad infantil (como variable dependiente) y el número de habitantes por médico, la esperanza de vida, el número de camas por mil habitantes, el total de hospitales, el índice de alfabetismo y el ingreso por habitante (variables independientes).

IV PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA:

Los problemas identificados se pueden resumir en los siguientes puntos:

1.- Los sistemas de salud vigentes en el mundo no dan respuesta a los requerimientos de las poblaciones. Existe gran diversidad de modelos entre los sistemas de salud que aunque comparten ciertas características, prácticamente hay uno por cada país, lo que probablemente significa que estos sistemas se adecuan a las condiciones económicas, políticas y sociales vigentes de cada país y no a las necesidades propias de salud.

2.- Existe escasa información sobre las características generales de la forma como están organizados los sistemas de salud en los distintos países del mundo.

3.- Muchas de las fuentes consultadas para el desarrollo del presente trabajo, presentan una descripción detallada de cómo están organizados determinadas áreas o servicios, llegando incluso al estudio de modelos por departamentos, pero no describen, en su totalidad, la organización de la institución a la que pertenecen.

4.- No hay criterios definidos para comparar los sistemas de salud por lo que cada investigador se apoya en sus propias metodologías. Esto impide hacer estudios de valoración a través del tiempo. Es necesario recurrir a la comparación de los sistemas de salud en forma indirecta a través de indicadores que muestren el resultado de las acciones tomadas por los gobiernos.

5.- Es necesario conocer y compartir más las ideas y experiencias que se desarrollan en el mundo para resolver los problemas propios y comunes de salud; esto ayudará a planear mejor los nuevos modelos, así como adecuar, adaptar o reformar los ya existentes.

Observación:

El título original del presente estudio fue "COMPARACION DE SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO" y su desarrollo estuvo basado, fundamentalmente en la descripción cualitativa de las características generales de la organización de los servicios de atención a la salud en los países estudiados.

En el desarrollo del trabajo se consideró la conveniencia de enriquecer su contenido con un análisis estadístico que permitiera mostrar la relación existente entre la mortalidad infantil (indicador mundialmente utilizado para valorar las condiciones de salud de una población, ver marco teórico, pág. 12), y otros indicadores de desarrollo y bienestar social, a fin de efectuar la comparación con mayores elementos y dejar precedente para posteriores investigaciones.

V HIPOTESIS

Ho0. La tasa de mortalidad infantil es un indicador que nos permite identificar el grado de desarrollo económico, político y social de un país.

Ho1. El número de habitantes por médico es independiente de la tasa de mortalidad infantil.

Ha1. El número de habitantes por médico varía en relación directa a la tasa de mortalidad infantil.

Ho2. El promedio de esperanza de vida es independiente de la tasa de mortalidad infantil.

Ha2. El promedio de esperanza de vida varía en relación inversa a la tasa de mortalidad infantil.

Ho3. El índice de alfabetismo es independiente de la tasa de mortalidad infantil.

Ha3. El índice de alfabetismo varía en relación inversa a la tasa de mortalidad infantil.

Ho4. El ingreso per cápita anual es independiente de la tasa de mortalidad infantil.

Ha4. El ingreso per cápita anual varía en relación inversa a la tasa de mortalidad infantil.

Ho5. El índice de camas hospitalarias es independiente de la tasa de mortalidad infantil.

Ha5. El índice de camas hospitalarias varía en relación inversa a la tasa de mortalidad infantil.

Ho6. El número de hospitales es independiente de la tasa de mortalidad infantil.

Ha6. El número de hospitales varía en relación inversa a la tasa de mortalidad infantil.

Ho = Hipótesis nula

Ha = Hipótesis alterna

VI MARCO TEORICO:

Este estudio se orientó a presentar una síntesis de las principales características de los sistemas nacionales de atención a la salud de los países miembros de la FIH. En total participaron 56 países, es decir, aproximadamente la tercera parte de los países miembros de la ONU (186) procurando recabar de ellos información que hiciera referencia a aspectos y rubros similares.

Con la información reunida se pueden hacer una serie de estudios que permitan profundizar el conocimiento sobre la materia para poder relacionar con mucha mayor profundidad, los diversos indicadores del desarrollo político, económico y social con sus distintas repercusiones que en el área de la salud. Sin embargo no es posible, para los fines de este trabajo, extenderse en un análisis que abarque todos los datos recopilados en la investigación, por lo que se presenta exclusivamente un ejemplo de análisis de correlación con una sola variable; la mortalidad infantil.

Se han llevado a cabo diversos estudios de comparación de los sistemas de servicios de salud en todo el mundo; al respecto se ha publicado una importante cantidad de artículos en todos los idiomas y en todos los países. Una de las bibliotecas que más información tiene al respecto es la Escuela de Salud Pública e Higiene de la Universidad John Hopkins (E.U.).

La comparación de diferentes sistemas de salud como una área específica de investigación y con metas claras en las ciencias sociales tiene menos de una década. Existen antecedentes como el estudio "Medicina y patrones de cultura" publicado en 1940, pero no dejó tras de sí la inquietud de la investigación en el campo comparativo de sistemas de salud. En los últimos 30 años se han abierto muchas líneas de investigación, pero casi todas están concentradas en áreas o aspectos específicos de la atención a la salud en un sistema delimitado por las fronteras del país en el que se encuentra (24).

Algunos de los trabajos publicados con mayor historia y que en su contenido conllevan alguna comparación, ya sea en el sistema de atención a la salud o en algún otro tipo de indicadores de la salud entre diferentes países, son: La obra del doctor e historiador Sigerist "Civilización y Enfermedad" (76) en 1943 y la obra "El Avance de la Medicina Social", del doctor Rene Sand (fundador de la medicina social en el mundo) (73) de 1952. Ocho años después se publicó la obra "¿Cuál es el costo de la atención médica?" por el doctor Page (65).

En 1963 el Dr. Abel Smith publicó un estudio comparativo sobre "El pago por los servicios de salud, estudio de costos y recursos financieros en seis ciudades" (2) en donde define y clasifica como son aplicados los conceptos económicos y los términos médicos en seis sistemas financieros de salud (Chile, Israel, Suecia, Estados Unidos, Checoslovaquia y Francia).

El resultado de este estudio dio orientación básica a los servicios de salud de los seis sistemas sobre como abordar en común el estudio de dichas áreas.

En el mismo año, el inglés Marck Colbourne describe en su libro "Planeación para la Salud"(16), los problemas de salud en países africanos en vías de desarrollo, con especial interés en la formulación e implementación de planes para sistemas de salud. De este libro surgieron algunas inquietudes de colegas ingleses por establecer las prioridades de salud y encontrar mejores caminos para organizar los sistemas de atención a la salud y dar respuesta a las demandas existentes.

Un año después el Dr. Evang y el Dr. Murrat publicaron el artículo "Atención Médica y Seguridad de la Familia"(25). En el se hace un análisis comparativo de los sistemas de salud y la seguridad social en Noruega, Inglaterra y los Estados Unidos. En este artículo se abordan consideraciones históricas de desarrollo, metas políticas y sociales e ideologías culturales de cada sistema. Se le da especial énfasis a los aspectos de organización médica y hospitalaria, de relación médico paciente y de principios operativos de los sistemas de salud.

Los doctores Peters y Kinaird publicaron en 1965 el libro "Administración de los Servicios de Salud"(67), en donde examinan el rol de las funciones administrativas en el otorgamiento de los servicios de salud. Es un estudio comparativo de las distintas provincias inglesas, con particular desarrollo de los aspectos teórico-administrativos, de la economía de la salud y de la evaluación de programas en el ramo.

Al año siguiente, el doctor M. Read hace una evaluación comparativa de los servicios y en particular, los de salud de diferentes ciudades y de como la cultura, la salud y la enfermedad están perfectamente vinculados entre sí en la obra "Cultura, Salud y Enfermedad"(69). De este libro surgieron inquietudes para el desarrollo de programas en salud pública de gran contenido sociológico.

Brockington en 1967 examina las actividades de salud pública de diversas naciones alrededor del mundo en el libro "Salud en el Mundo"(12). En esta obra se hace un análisis de cómo los factores geográficos, culturales, de desarrollo industrial y de infraestructura hospitalaria influyen en los niveles de salud de los países.

El doctor Abel Smith, en el mismo año publicó su "Estudio Internacional de Gasto en Salud y su Relevancia para la Planeación de la Salud"(1); en el que demuestra como el gasto en salud y los diversos métodos de financiamiento en 29 ciudades están vinculados a los niveles de salud y enfermedad de cada una de ellas.

En esta obra discute sobre la organización de los servicios de salud, tipos y tendencias de los gastos de salud de las naciones y el uso de datos económicos en la planeación para la salud.

El trabajo "La Organización de la Atención Médica bajo el esquema de la Seguridad Social"(71) fue la obra que publicó el doctor Roemer en 1969 y en donde hizo un análisis y evaluación de criterios de atención médica en un trabajo de equipo donde participaron 8 países con sus respectivos esquemas de seguridad social: Bélgica, Canadá, Ecuador, República Federal Alemana, India, Polonia, Tunisia e Inglaterra.

En 1970 se lleva a cabo el Primer Congreso Internacional de medicina en grupo, denominado "Nuevos Horizontes en Atención a la Salud"(27), en Manitoba Canadá. En esta reunión los asistentes presentaron la visión sobre los escenarios en el sector público, privado y de seguridad social de sus respectivos países. Fue un foro en el que se abordó la organización general y la operación de los sistemas de salud con sus respectivos impactos en los indicadores de salud. Igualmente se abordaron aspectos socioeconómicos y filosóficos de la atención a la salud. Entre los países que participaron se encuentran Australia, Brasil, Canadá, Francia, Alemania Occidental, India, Japón, Holanda e Inglaterra.

En el mismo año el doctor Fry publicó su obra "Medicina en Tres Sociedades; Comparación de la Atención Médica en Rusia, Estados Unidos e Inglaterra"(30) en donde describe el contraste de los sistemas médicos en estos tres países.

En especial abordan los niveles de atención a la salud determinados por servicios de especialidad: medicina de primer contacto, medicina del paciente deambulatorio, medicina de alta especialidad y medicina familiar. En este trabajo también se exploran los aspectos filosóficos y operacionales de la atención a la salud.

1970 fue un año en el que hubo varias obras de estudios comparativos de sistemas de salud desde distintos puntos de análisis, el doctor Glaser publicó las obras "Escenario Social y Organización Médica"(34) y "Pago al Doctor"(33); Honey publicó "Planeación y el Sector Privado"(46); Andersen y Smedby publicaron "Uso de la Atención Médica en Suecia y los Estados Unidos" (5) y el doctor Bryant "Salud y Países en Desarrollo" (13).

En 1974 se organizó la conferencia "Estudio Comparativo del Sistema de Salud en China y otras Sociedades" auspiciada por los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos y llevada a cabo en la ciudad de Seattle, Washington (81). Los trabajos presentados en esta reunión condujeron a la conclusión de lo importante que es conocer los sistemas de salud con los que se opera en las distintas comunidades, tanto del mundo oriental como del occidental, a fin de ser más eficientes en la ardua tarea de administrar los sistemas de salud.

En la entonces Alemania Occidental se llevó a cabo en 1975, la reunión "Historia y Antropología en la Medicina" donde uno de los temas que se abordaron con mayor interés fue la "Comparación Internacional de los Sistemas de Salud" (81). En esta reunión se hicieron comparaciones en los campos de la etnología, de la atención

geriátrica, tecnología médica, etc.

Una de las mayores contribuciones del evento fue la publicación, tres años después, del trabajo "La Utopía de la Salud Absoluta", con el apoyo financiero de la fundación Thyssen, en 1978 (74).

En 1976 en la Ciudad de Washington D.C. se llevó a cabo la conferencia internacional "Bases metodológicas y fundamentos para el estudio comparativo de los sistemas de atención médica" (81). Esta reunión fue patrocinada por la Fundación Wenner-Gren para la investigación antropológica así como por la fundación Nacional de Ciencias. El propósito fue seleccionar grupos de investigadores sociales de varias disciplinas y de varios países con diversidad de corrientes políticas para tratar de definir las estrategias de estudio comparativo de los sistemas de salud. De esta reunión se obtuvieron hipótesis y recomendaciones que generaron a su vez nuevas investigaciones. El resultado y las conclusiones fueron publicados en un número especial de la revista "Ciencia Social y Medicina" en 1978.

A partir del inicio de la década de 1980, la importancia que ha adquirido la investigación en sistemas de salud, en cualquiera de sus áreas de desarrollo, es enorme. Los congresos, las publicaciones, los proyectos de investigación en éste campo se incrementan día con día (78).

Las líneas de investigación cada vez se orientan más hacia estudios de colaboración multinacional en donde la participación de los responsables de la salud de distintos gobiernos forma parte de proyectos con objetivos comunes (3). Las variables que se utilizaron en los primeros estudios multinacionales fueron las características de los sistemas de salud generales o de medidas de salud específicas (programa de atención prenatal, programa de vacunación, programa de salud escolar, etc.), la mortalidad general (por 1000 habitantes), la mortalidad infantil (por 1000 habitantes), el total de la población, la densidad de la población y el porcentaje de urbanismo. En estos estudios se encontraron asociaciones directas entre los sistemas de salud y las tasas de mortalidad general, de mortalidad infantil y de los demás indicadores (42).

Al final de la década de los 80s, los gobiernos de muchos países tuvieron que admitir que se requería el esfuerzo conjunto para hacer posible "Salud para todos en el año 2000". La estrategia de atención primaria a la salud es una de las que más impacto ha tenido en todo el mundo por la imperiosa necesidad de su aplicación, aunada a ésta, cada gobierno de acuerdo a sus recursos y prioridades ha definido las estrategias propias paralelas para poder cumplir la meta (79).

La UNICEF es una de las organizaciones que más ha destacado en la participación y apoyo a programas de salud, educación, nutrición, abastecimiento de agua y servicios sanitarios en diversos países (29).

A pesar de los importantes avances en la salud que se han dado por los diversos programas que las distintas organizaciones mundiales han implementado (14,82), persisten problemas de enorme magnitud, la mortalidad aún mantiene niveles altos en los países en desarrollo, las tasas de mortalidad infantil son alrededor de diez veces más que en los países con economía de mercado consolidada. Casi la mitad de las muertes infantiles son evitables ya que son consecuencia de enfermedades diarreicas, respiratorias y mal nutrición.

Siete millones de adultos mueren cada año como resultado de enfermedades que podrían evitarse o curarse a bajo costo; ejemplo de ello es que tan solo por tuberculosis mueren más de dos millones de personas y por complicaciones directas del embarazo y el parto mueren más de cuatrocientas mil mujeres (75).

Actualmente los gobiernos de diversos países del mundo han tomado decisiones en función de la información vertida en las publicaciones del Banco Mundial, sobre todo en aquellas concernientes a los aspectos económicos y sociales de los países desarrollados y en vías de desarrollo (43,83,4). Son pocos los organismos internacionales, que analizan exclusivamente el financiamiento de los servicios de salud. No hay duda que orientar los esfuerzos a una reforma de financiamiento es parte de un renovado esfuerzo global por mejorar las condiciones de salud de los países en vías de desarrollo.

Los gobiernos analizan el sector financiero sin restar importancia a todos los otros componentes de la política nacional de salud (70), de tal manera que no se pierda la participación integral de todos los elementos que participan en los resultados de bienestar a la población.

Muchos países en vías de desarrollo han identificado las acciones necesarias para incrementar la productividad y la calidad de los servicios de prevención, rehabilitación y curación, así como la estimulación de la participación activa e informada de las comunidades; elemento imprescindible para que una nación consolide la atención primaria a la salud (80).

El análisis del sector salud, ya sea a nivel nacional o sectorial, se basa en métodos y en una riqueza de datos que no son de uso común o frecuente en una región. Los problemas identificados naturalmente no son originales pero deben estar bien fundamentados (51).

Ahora bien ¿porqué partimos de la mortalidad infantil como variable dependiente y eje central de nuestro estudio estadístico?

Este trabajo está basado en la relación que existe entre la mortalidad infantil y el número de habitantes por médico, la esperanza de vida, el número de camas y hospitales, el índice de alfabetismo y el ingreso por habitante. La pregunta es ¿porqué considerar a la mortalidad infantil como la variable dependiente?

Algunos elementos a considerar son: La mortalidad infantil es uno de los indicadores más utilizados para conocer las condiciones generales de salud y en general de bienestar de toda una población (58, 19, 15, 20, 64, 32, 47, 59, 6, 50) y en particular para identificar las características del desarrollo socioeconómico (60, 50); es además un indicador que se ve influido por los cambios del desarrollo social y económico (50) del país de que trate, debido a que muchos de sus determinantes se encuentran en los hogares donde habitan los niños y el medio ambiente, algunos de los más relevantes son el nivel educativo de los padres, el ingreso familiar, la accesibilidad y uso de servicios de salud, la accesibilidad de alimentos y el tipo de los mismos, la disponibilidad de agua potable, el área de residencia de la familia, la edad de los padres pero con singular importancia la de la madre, el número de hijos en la familia, entre otros (32, 49, 53).

La mortalidad infantil es uno de los 12 indicadores que la Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud recomendó en 1981 para evaluar y vigilar la marcha de la estrategia global con vistas al año 2000, dado que este indicador proporciona información sobre el lapso etáreo de mayor peligro en los primeros 65 años de vida (53). La propia Secretaría General de las Naciones Unidas recomienda a la mortalidad infantil, desde 1954, como uno de los indicadores demográficos para lograr el nivel de vida alcanzado por los países desarrollados (8). De ahí que se afirme que "El conocimiento de la mortalidad infantil es de suma importancia para evaluar los avances logrados en la salud de la población y para elaborar e instrumentar programas para disminuir el riesgo de enfermedad y morir..." El conocer su magnitud y evolución es prioritario en cualquier país (59).

La mortalidad infantil requiere de un conocimiento preciso sobre su magnitud, distribución y causas, la baja calidad de la información existente da imágenes poco reales de lo que sucede, además de que hace difícil las comparaciones entre estados o regiones (21, 36).

Algunos autores consideran que los principales problemas existentes en la descripción y en la explicación de la mortalidad infantil se debe principalmente a: problemas de subregistro; falta de mediciones precisas (19) y de construcción de variables con poder diferencial y explicativo; poca profundización de las investigaciones y encuestas sobre el área (48); escasez de análisis globales de causas para estudiar tendencias; "no hay investigaciones históricas que analicen las tendencias en relación a los

procesos sociales, económicos y biológicos se dan explicaciones coyunturales y no estructurales" (58); dominio de estereotipos no sometidos a verificaciones sobre los factores que operan en la mortalidad infantil; escasez de investigaciones sobre grupos de alto riesgo de mortalidad infantil, sobre todo en grupos indígenas y rurales; carencia de investigaciones que realmente incorporen al marco teórico, la información de tipo económico social y cultural, así como la situación de la mujer; defectos en la información básica, para poder medir sus niveles; falta de un sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad infantil (58).

En los países existen desde pequeñas diferencias, hasta enormes desigualdades de más de 80-100% en las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil (48,52).

Los aspectos oficiales, académicos, internacionales, etc., ofrecen diversidad de cifras de la tasa de mortalidad infantil de algunos países, lo que supone para muchos autores la necesidad de evaluar, cuestionar y proponer fuentes de información, así como técnicas de estimación, que mejoren el subregistro, cobertura, calidad, integración, clasificación y profundización de determinantes (7).

Incluso, hay autores (77) que señalan que las diferencias se agrandan del nivel nacional al regional, al estatal, al municipal o a los grupos específicos o bien, éstas desaparecen por falta de información. Como puede apreciarse, tales diferencias aumentan la desconfianza hacia las estimaciones dadas (38).

López Acuña destaca que 90% de las muertes deben estar registradas como mínimo, según acuerdos internacionales, para considerar completas las estadísticas de mortalidad y es precisamente en el grupo de menores de un año en donde ocurre la mayor omisión y subestimación (55).

En países con información fidedigna, como por ejemplo Suecia y Canadá, se ha demostrado que la importancia de la mortalidad neonatal aumenta cuando disminuye la mortalidad infantil. El porcentaje de mortalidad neonatal en estos países es cada vez mayor debido a la reducción que han logrado en sus tasas de mortalidad infantil (45).

Existen diversos problemas de subregistro de la mortalidad infantil, dentro de los diversos sistemas de información, algunos de ellos son los ocasionados por aspectos conceptuales, por mecanismos de codificación y tabulación; por diferencias de criterios entre los niveles geográficos (nacional, estatal, local, etc.); por divergencias en la cantidad y calidad en los instrumentos de captación: unos son de tipo cualitativo y otros cuantitativos, etc. (11).

Un ejemplo de lo anterior es la información relativa a las causas de muerte, en donde es muy común el que haya todo tipo de error en su registro, ocasionando esto que muchos autores (9,68) prefieren no trabajar con ella: el análisis de las circunstancias generalmente queda casi sin ningún sustento de interpretación de los datos que lo

condujeron.

Otros tipos de problemas son: la inexistencia de un sistema coherente e integral para la generación, sistematización y difusión de la información de salud. En consecuencia, la información sobre mortalidad es contradictoria y con frecuentes cambios en las clasificaciones; (28) falta de explotación de los datos recabados; divulgación de resultados parciales sin facilitar el acceso a otros usuarios; falta de equipos; inexistencia de verdaderos procesos de evaluación de cada fuente de datos; falta de representatividad a menor nivel geográfico y rapidez para obtener los resultados; captación inadecuada de las muertes en general; registros extemporáneos y/u omisiones de eventos vitales (23).

Aspectos que merecen especial atención son por ejemplo los métodos con los que se realiza la estimación de la mortalidad infantil, los censos, los certificados de defunción y los criterios que se utilizan para la denominación de nacido vivo (60).

En opinión de González Carvera, en el momento en que se cuente con estadísticas vitales adecuadas, los métodos directos serán los más utilizados en las estimaciones de la mortalidad infantil. De hecho, los métodos indirectos surgen debido a las deficiencias en la calidad de los datos utilizados en los métodos directos y, en cambio, los métodos indirectos sí sobreestiman los niveles de mortalidad infantil (39,38).

La magnitud de dicha sobreestimación está influenciada, en gran medida, por la velocidad de la disminución de la mortalidad infantil en una población: a mayor velocidad y cantidad de tal disminución, mayor será la sobreestimación de los métodos indirectos (61).

Una de las medidas para cuantificar la mortalidad infantil, la tasa mortalidad infantil basada en los niños muertos menores de 1 año y niños nacidos vivos registrados, presenta el problema de que en su numerador, se incluyen eventos que no deberían ser incluidos y no introduce todos los eventos de la clase que estudia, en tanto que su denominador, generalmente no es posible conocerlo con precisión y la aproximación de nacidos vivos registrados, al menos en México, es totalmente insatisfactoria dados los problemas de subregistro y registro tardío de nacimientos que se tienen en el país (39,40). En un estudio efectuado por González Carvera y Cárdenas E. (38), encontraron que a mayor calidad de estadísticas vitales, los valores de la Razón de Mortalidad Infantil, que es la expresión obtenida cuando se utiliza como denominador a los nacidos vivos registrados, respecto a la tasa de mortalidad infantil, tienden a coincidir satisfactoriamente: mientras en Inglaterra y Gales, Islandia, Japón y Suecia (31), las diferencias entre tasa de mortalidad infantil y razón de mortalidad infantil, expresada en la ecuación $(TMI-RMI)/RMI$, oscilaban entre 0.12 y 3.6%, en México se observó una diferencia de 39.5%.

Entre los principales factores que se citan para explicar esta situación se encuentran los aspectos culturales y geográficos, que limitan la utilización del registro civil, y la falta de recursos del sistema de registros de estadísticas vitales, que involucra la limitación de su cobertura y calidad. Hasta antes de 1984, según el propio Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), había falta de cobertura conceptual en el formato estadístico con respecto al documento fuente, espacios reducidos para anotar la información mal diseño del formato, centralización en los procedimientos de registro, no se tabulaba todo o captado y no se divulgaba todo lo tabulado (50).

En el Censo de población se encuentran fallas conceptuales y de significado (36). Por ejemplo el "no especificado" fue muy alto en no pocas variables de estudio entre las que se incluye a la mortalidad infantil, lo que reduce el margen de análisis de tales variables; la omisión de nacidos vivos, sobre todo de recién nacidos; el criterio sobre lo que es un Nacido Vivo (44).

En México, la mortalidad ocurrida dentro de las primeras 24 horas es considerada como "Mortinatalidad", lo que implica: reducción del numerador de la tasa de mortalidad infantil, sobreestimación de la mortalidad posneonatal y sobretodo de la mortalidad fetal tardía, así como una subestimación de la mortalidad neonatal, en específico de la mortalidad hebdomadal (55). En este sentido, Cordero apunta el desconcierto existente entre lo que es un mortinato, aborto, muerte fetal, muerte infantil, etc., especialmente en lo referente a las muertes ocurridas en las primeras horas y días de vida (18). En los códigos civiles de varias entidades, incluyendo al D.F., se incluye como nacido vivo sólo "a los que han vivido 24 horas o sean presentados vivos al registro civil" (10).

Otras variables que complican y agrandan el problema de la subestimación son: Analfabetismo: A mayor proporción de individuos que saben leer y escribir, corresponde un menor grado de subestimación (35). Gómez de León encontró cierta correlación entre omisión de muertes infantiles y escolaridad de los padres; urbanización: a las entidades con menor proporción de población radicada en localidades de 2,500 o más habitantes, corresponden mayores niveles de omisión en los registros vitales de los menores (35); Niveles de Fecundidad: Estados con alto porcentaje de subestimación presentan niveles relativamente bajos de fecundidad; Reporte de uso de servicios de salud: Gómez de León halló cierta correlación entre omisión y reporte de uso de servicios médicos ligados al parto; Ausencia de médicos entre la población rural que expidan certificados médicos de muerte, lo cual, es un requisito fundamental para el registro de este hecho; Las entidades con poco desarrollo económico y social son las de mayores deficiencias en la información.

La propia UNICEF clasifica a los países, de acuerdo a su tasa de mortalidad infantil, en cuatro categorías: muy alta, alta, mediana y baja, con lo que utilizando dicha clasificación, México es un país de mediana mortalidad infantil a nivel mundial (72,41).

Al comparar a México con otros países desarrollados, la tasa de mortalidad infantil observada en México entre el período 1950-57 a 1975, no sólo no ha reducido sus diferencias con este tipo de países, sino que las ha aumentado (61). Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en México en los años 1950-57 era más grande que la de Japón, Francia, Finlandia y Suecia 1.6, 1.9, 2.2 y 4.6 veces respectivamente. Para el año 1975, tales diferencias habían aumentado, en el orden citado a 0.9, 3.8, 4.5 y 5.9 veces. Tales diferencias podrían ser aún mayores si se toma en cuenta que las cifras oficiales de la mortalidad infantil en México, están subestimadas (40).

Leete llama la atención al hecho de que naciones del este y sureste de Asia (el propio Japón, Hong Kong y la población china de Malasia, por ejemplo), han alcanzado y/o rebasado los "mínimos biológicos" predichos por Burgeois-Pichat para la mortalidad infantil endógena de 9/1000 para los varones y de 6/1000 para las mujeres. Estos países, entre 1970 y 1982, observaron disminuciones cercanas o mayores al 50%. (54).

Algunos países europeos también han logrado considerables reducciones en sus tasas de mortalidad infantil. Durante el período 1960-1982, hubo países con reducciones desde 33.3%, como es el caso de Checoslovaquia, hasta de 77.3%, como lo es el de España. De igual manera, destaca que aun en las propias naciones industrializadas, existe gran variación. Pampel y Pillai (66) encontraron, en un estudio de patrones y determinantes de la mortalidad infantil en naciones industrializadas, que las relaciones entre desarrollo y mortalidad infantil "son más parecidas a las naciones en desarrollo, de lo que uno podría esperar", hecho nada raro, en opinión de González C. (40), debido a que la mortalidad depende en alto grado, de factores ambientales (físicos o sociales) y los cambios ocurridos en tales factores "son fácilmente aceptados y adoptados en medios culturales muy distintos", evento que, por ejemplo, no sucede con la reproducción (la cual se encuentra "determinada por valores culturales... no todas desean disminuirla, ni al mismo tiempo, ni en el mismo grado..").

Dentro del contexto de América Latina, se puede señalar lo siguiente; en la década de los 40's es donde se ubican los mayores descensos de la tasa de mortalidad infantil para toda la región en su conjunto, aunque otros autores marcan al período de mayor baja, al lapso de 1930 a 1960 (9).

La década de los 60's, sobre todo a fines, marca el estancamiento de la disminución de la mortalidad infantil en América Latina, probablemente debido a la agudización de las crisis socioeconómicas y a los mayores niveles de pauperización del área (65). Incluso, se menciona que en varios países de Latinoamérica se da un aumento de la mortalidad infantil. Tales aseveraciones no afectan en igual medida a Cuba, Costa Rica, Chile y Panamá (17,9).

Para 1950-55, según la ONU, la tasa de mortalidad infantil promedio en la región fue de 128, mientras que para 1966-70, se reporta una medida de 60-90 (28).

Según cifras del Centro de Estudios Latinoamericanos para el Desarrollo (CELADE), para el período 1950-55 a 1975-80, se presentó la siguiente tendencia de mortalidad infantil: La región presentaba, para 1950-55, una tasa de mortalidad infantil promedio de 129.5, en la que México ocupaba el 8o. lugar. Hacia 1975-80 se da un descenso promedio de 48% respecto al período 1950-55 (17). En esta etapa México desciende al 10o. lugar de los países estudiados, aunque, según Jiménez O., la posición de México, desde 1940, no varía de lugar respecto a los demás países latinoamericanos (47).

La OPS, por su parte, analiza la tendencia de la mortalidad infantil, durante el período 1960-72, de varios países del continente americano y reporta, que de los países estudiados, México es el de menor baja porcentual en dicho lapso.

En un estudio del CELADE (44) se maneja la siguiente clasificación de mortalidad infantil, establecida según la esperanza de vida y la analiza hacia el interior de América Latina para el período 1960-65 a 1980-85: BAJA mortalidad infantil: Países con esperanza de vida de 65 y más años. Argentina y Uruguay. Moderada Baja mortalidad infantil: Países con esperanza de vida de 58 a 64 años con el mayor número de años ganados en esperanza de vida: Cuba, Costa Rica, Chile, Panamá y Venezuela. Moderada Alta mortalidad infantil: Países con esperanza de vida de 51 a 57 años, con 7.5 año de esperanza de vida ganados: México, Brasil, Colombia, Ecuador y Paraguay; Alta mortalidad infantil: Países con esperanza de vida de 45 a 50 años (también con ganancia de esperanza de vida cercana a los 10 años): República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Perú; Muy alta mortalidad infantil: Países con esperanza de vida menor a 45 años y con ganancias de esperanza de vida de 7 años en el lapso estudiado: Bolivia y Haití.

Esta clasificación, un tanto cuestionable, no deja de dar una idea de la situación prevaleciente en el área.

Es importante mencionar el análisis de Behm-Rosas (8) de la mortalidad infantil en América Latina. Behm utiliza, al igual que la UNICEF, una clasificación de mortalidad de menores de 5 años. Las categorías que maneja el Dr. Behm son las siguientes: MODERADA (34-56 POR 1000) Ubica a Cuba, Costa Rica, Argentina, Chile, Uruguay, Venezuela y Panamá. Señala que su promedio en 1975-80 es de 49, nivel alcanzado por Estados Unidos en 1945. ALTA O INTERMEDIA (74-114 por 1000). Su promedio en 1975-80 es de 100, es decir, duplica al grupo anterior. Entre los países incluidos en este grupo destacan México y Brasil. Su nivel alcanzado para este período, 1975-80 es semejante al de Estados Unidos, pero en 1925. MUY ALTA. (Promedio de 162 por 1000). Haití, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Bolivia, y Perú son clasificados en este conjunto. Su nivel de mortalidad de menores de 5 años para 1975-80, es el de Estados Unidos a comienzos de este siglo.

Los datos ofrecidos por Behm, sobre todo los relativos a las comparaciones con Estados Unidos, son contundentes. Independientemente de la clasificación anterior, menciona que el avance tenido en América Latina de 1960-65 a 1980-85, fue semejante al de los países desarrollados entre 1910 y 1930.

En tal sentido, en un estudio en la frontera norte con Estados Unidos (22), se encontró que la mortalidad infantil era inferior en esa área que en el resto de México, pero mucho mayor que la de Estados Unidos. Incluso, las diferencias entre los dos países siguen agrandándose en algunos casos, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil de Cuba (1983), Costa Rica (1983) y Estados Unidos (1982), eran de 16.7, 19.9 y 11.3, respectivamente, mientras que algunas áreas de Bolivia, todavía rebasaban los 120, cifra 8 veces mayor que en Estados Unidos.

La sobrevivencia y la calidad de vida de los menores es una de las cuestiones más apremiantes en materia de salud en todos los países en vías de desarrollo (63) (muchos niños siguen muriendo por causas prevenibles y las diferencias dentro y entre los países siguen agudizándose). Para aumentar las probabilidades de sobrevivencia en los niños de los países en vías de desarrollo, la estrategia de ofrecer servicios de salud hacia blancos específicos no es muy útil, debido a que la mayoría de las muertes son el producto final de la conjunción de una serie de factores de riesgo que conducen a la muerte (62).

Finalmente, el conocer el estado de ciertos indicadores, entre los que se encuentra la mortalidad infantil, permite definir estrategias y criterios así como caracterizar modelos de atención, definir prioridades de acción y por ende, organizar eficiente y eficazmente los recursos (37).

VII METODOLOGIA:

Para el desarrollo del presente trabajo se llevó a cabo el siguiente procedimiento:

1.- Surge de la Federación Internacional de Hospitales la iniciativa de realizar una investigación que contribuya a conocer aún más las características de los sistemas de salud de los países afiliados. Es por ello que envía a todos sus miembros afiliados, en más de 70 países del mundo, el cuestionario base de esta investigación (ver anexo). Del total de agrupaciones, 56 países respondieron y regresaron el cuestionario a la Federación Internacional de Hospitales, por lo que se procedió al desarrollo del estudio.

2.- Se concentró la información, se clasificó y se procedió a su depuración y análisis.

3.- Una vez hecho el análisis, se obtuvo un primer producto: la "Guía de Servicios de Salud" de la Federación Internacional de Hospitales.

4.- Del material que se utilizó para la publicación de la guía, se seleccionó el que sería útil para profundizar este estudio.

5.- El documento se trabajó en inglés para su publicación por lo que se tradujo al español.

6.- Se actualizaron los datos de 1988 a 1990 y 1991 en lo referente a los perfiles demográfico, el número de población total, la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos y el promedio de esperanza de vida al nacer (la cifra más alta); se agregaron los datos que el cuestionario no incluyó: el número de habitantes por médico y el índice de alfabetismo.

7.- Se transcribió lo más relevante de las características de salud de los países estudiados de acuerdo a la información por ellos proporcionada.

9.- Los datos recabados que se procesaron en el análisis estadístico son: la mortalidad infantil por mil nacidos vivos, la esperanza de vida (la cifra más alta), el ingreso per cápita anual o ingreso por habitante, el número de habitantes por médico, el índice de alfabetismo, el número de hospitales y el índice de camas. No se procesó la información referente al número de la población total ni al porcentaje del ingreso bruto invertido en salud, el primero por ser un dato que se consideró no vinculado a la variable en estudio y el segundo por ser poco representativo en las encuestas que lo reportaron.

- 8.- Para el ejercicio de correlación estadística se llevaron a cabo cinco procedimientos:
- Se integraron las tablas con la información requerida para el desarrollo del método de mínimos cuadrados.
 - Se determinó la recta de regresión lineal simple entre la mortalidad infantil y cada una de las variables, hasta la definición de la ecuación de la recta.
 - Se graficó la correlación lineal simple con los valores encontrados en los pasos anteriores.
 - Se definieron los coeficientes de correlación entre la mortalidad infantil y las variables dependientes.
 - Se comprobó lo anterior y se complementó con el cálculo de regresión múltiple.

CONCEPTOS METODOLOGICOS

El procedimiento seleccionado para la primera parte del estudio fue el método estadístico de regresión y correlación lineales simples, con el objetivo de conocer la intensidad de la relación entre las variables estudiadas. El análisis de regresión fue seleccionado ya que nos permitiría averiguar la forma probable de la relación entre la mortalidad infantil y las variables independientes.

El análisis de correlación permite conocer la intensidad de la relación entre la mortalidad infantil y las variables independientes.

REGRESION:

Es la técnica estadística útil para averiguar la forma probable de la relación entre las variables, con el objetivo final de predecir o estimar el valor de una variable que corresponde a un valor determinado de otra variable.

Para este ejercicio se identificó a la mortalidad infantil como variable dependiente (Y) y a la esperanza de vida, al número de habitantes por médico, el índice de alfabetismo, el ingreso per cápita anual, el número de camas por mil habitantes y el número total de hospitales como variables independientes (X).

Por lo anterior hablaremos de REGRESION de "Y" sobre "X".

En la regresión lineal simple el objeto de nuestro interés es la ecuación de regresión de la población, que describe la relación real entre la mortalidad infantil y las variables independientes. El interés es llegar a identificar la forma probable de esta relación.

DIAGRAMA DE DISPERSION: Es la graficación producto de los valores de la variable independiente "X" al eje horizontal, y los valores de la variable dependiente "Y" al eje vertical.

El primer paso utilizado para estudiar la relación fue elaborar el diagrama de dispersión de los datos, en donde se graficó asignando los valores de cada una de las variables independientes en el eje horizontal (X) y los valores de la mortalidad infantil (variable dependiente) en el eje vertical (Y).

El patrón obtenido mediante los puntos graficados en el diagrama de dispersión sugirió la naturaleza de la relación entre las variables en estudio.

Cuando existe relación entre las variables, suele formarse un diagrama que orienta hacia la línea recta y que generalmente forma un ángulo de 45 con el eje "X".

El método que se eligió para obtener la recta en las seis gráficas fue el conocido como "Método de los mínimos cuadrados", en donde la recta resultante se conoce como recta de mínimos cuadrados.

Este método parte de la ecuación general de la recta, la cual está dada por la expresión: $y = a + bx$ donde "y" es un valor sobre el eje vertical, "x" es un valor sobre el eje horizontal, "a" es el punto donde la recta cruza el eje vertical y "b" indica la cantidad con la cual "y" cambia por cada unidad de cambio en "x".

"a" se conoce como la ordenada al origen y "b" como la pendiente de la recta. Para trazar una recta con base a la ecuación de la recta, se necesitan los valores numéricos de las constantes "a" y "b". Dadas estas constantes pueden sustituirse varios valores de "x" en la ecuación para obtener los correspondientes valores de "y".

Posteriormente se graficaron los puntos resultantes y se conformó la tabla para cálculos intermedios para las ecuaciones normales constituida por cinco columnas: la columna de la variable independiente, la columna de la mortalidad infantil o variable dependiente, la columna de la variable independiente elevada al cuadrado, la columna de la variable dependiente elevada al cuadrado y la columna de la variable independiente multiplicada por la variable dependiente. Esta tabla se integró por cada una de las seis variables independientes, para finalmente proceder a resolverse las ecuaciones normales para un conjunto de datos.

Se observa que la recta de los mínimos cuadrados no pasa por punto alguno de los que se graficaron en el diagrama de dispersión, ya que los puntos observados se desvían de la recta en diversas cantidades, es decir; la suma de las desviaciones verticales elevadas al cuadrado, de los puntos correspondientes a los datos observados (y) con respecto a la recta de los mínimos cuadrados, es menor que la suma de las desviaciones verticales

elevadas al cuadrado, de los puntos de los datos que forman cualquier otra recta.

CORRELACION:

Se refiere a la medición de la intensidad de la relación entre las variables. Cuando la variable dependiente "y" y la variable independiente "x" son aleatorias, se tiene lo que se conoce como modelo de correlación. Bajo este modelo de correlación, se obtienen observaciones de la muestra seleccionando una muestra al azar de las unidades de asociación, y tomando una medida de "x" y una medida de "y" sobre cada una.

En este procedimiento, los valores de "x" no se preseleccionan, sino que son al azar, dependiendo de la unidad de asociación seleccionada en la muestra. La correlación que comprende dos variables, implica una correlación entre las variables que pone a ambas sobre un mismo terreno y no las distingue, refiriéndose a una como la variable dependiente y a la otra como independiente.

Bajo el modelo de correlación, se supone que "x" y "y" varían juntas en lo que se conoce como distribución conjunta. Si la forma de esta distribución conjunta tiene una distribución normal, se conoce como distribución normal bivariada.

Considerando la complejidad de la operación matemática de este modelo, se utilizó el paquete estadístico SPSS (paquete estadístico para ciencias sociales) para computadora personal, de donde se obtuvieron los resultados.

VIII RELACION DE PAISES ESTUDIADOS: *

- 1 ALBANIA
- 2 AUSTRALIA
- 3 ARABIA SAUDITA
- 4 BAHRAIN
- 5 BELGICA
- 6 BOTSWANA
- 7 BRASIL
- 8 BRUNEI
- 9 BURMA
- 10 CANADA
- 11 CHINA
- 12 COLOMBIA
- 13 COSTA RICA
- 14 CUBA
- 15 CHIPRE
- 16 DINAMARCA
- 17 EGIPTO
- 18 ESPAÑA
- 19 ESTADOS UNIDOS
- 20 FINLANDIA
- 21 FRANCIA
- 22 FILIPINAS
- 23 GRAN BRETAÑA
- 24 GRECIA
- 25 HONG KONG
- 26 HOLANDA
- 27 HUNGRIA
- 28 INDIA
- 29 INDONESIA
- 30 IRLANDA

- 31 ISRAEL
- 32 ITALIA
- 33 JAMAICA
- 34 JAPON
- 35 JORDANIA
- 36 KENYA
- 37 KOREA
- 38 KUWAIT
- 39 MALASIA
- 40 MEXICO
- 41 MONGOLIA
- 42 NUEVA ZELANDA
- 43 NIGERIA
- 44 NORUEGA
- 45 PANAMA
- 46 PORTUGAL
- 47 PUERTO RICO
- 48 QATAR
- 49 SENEGAL
- 50 SINGAPUR
- 51 SRI LANKA
- 52 SUECIA
- 53 SUIZA
- 54 TAILANDIA
- 55 TUNISIA
- 56 ZAMBIA

* Los países incluidos en el estudio son los que respondieron a la convocatoria de la Federación Internacional de Hospitales y contestaron el cuestionario.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA:

IX ESTADISTICAS GENERALES Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD:

1.- ALBANIA

REPUBLICA SOCIALISTA DE ALBANIA.

A.- ESTADISTICAS GENERALES:		
1.	POBLACION	3,513,600 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	1,200 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	72
	MUJERES:	72
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	40
6.	HABITANTES POR MEDICO:	574
7.	ALFABETISMO:	100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GENERALES	48
	HOSPITALES RURALES Y LOCALES	86
	HOSPITALES ESPECIALIZADOS:	
	GINECOBSTETRICIA	765
	PEDIATRICOS	6
	PSIQUIATRICOS	3
	RETRASO MENTAL	4
	OTROS	6
	---	-----
	TOTAL	918
		15,353

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La Administración de los Servicios de Salud incluyendo la investigación y la atención médica, son responsabilidad del Ministerio de Salud Pública.

En cada región, los servicios son administrados por departamentos de salud regionales y responsables de la salud pública y epidemiológica, a éstos están asociados consejos consultivos compuestos por especialistas así como directores de diversos servicios.

La atención médica es otorgada en forma gratuita para todos los ciudadanos. Los servicios de salud orientados a la prevención están provistos de una red de apoyo institucional extendida a lo largo de todo el país.

La distribución geográfica de los servicios está basada en los estudios de morbilidad y mortalidad, así como de las diferentes circunstancias que imperan en cada región.

Los servicios de salud están organizados por zonas territoriales las cuales a su vez están divididas en atención preventiva y curativa. Cada uno de estos territorios está provisto de un responsable de la salud pública, de la epidemiología, de las policlínicas y de la consulta externa; apoyados todos en cooperativas y hospitales de atención inmediata, en los poblados cercanos y de atención especializada, en las ciudades.

En las áreas rurales, las unidades de servicio de salud básica son los centros de salud que atienden a grupos de pequeñas poblaciones en donde la atención es otorgada por un médico general, un pediatra, un dentista y un farmacéutico, respaldados todos con sus respectivos auxiliares.

En las áreas rurales de mayor población existen hospitales locales que cuentan con varios médicos generales, uno ó dos pediatras, un dentista y el personal auxiliar necesario, que apoyado en equipo de mayor tecnología, ofrece un servicio de más calidad.

En las ciudades la atención médica es otorgada en policlínicas que son unidades de consulta externa ubicadas en los lugares de trabajo. En las ciudades pequeñas se cuenta con hospitales generales, en la zona céntrica así como en la capital se dispone de hospitales especializados. Con el interés de proteger y promover la salud de los niños y de los trabajadores, existen también redes de atención a domicilio, abiertas todo el año y con una capacidad total de 7,960 lugares; éstas redes de atención apoyan también a los ancianos y a los incapacitados.

El Ministro de Salud Pública ha establecido un sistema de interacción institucional dirigido por el Instituto de Salud Pública y Epidemiología y 26 directivos regionales de Salud Pública y Epidemiología.

La planeación de los servicios de salud es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública y está basada en los planes de desarrollo de 5 años de la ciudad así como en las necesidades de los servicios de salud presentes.

El personal de más alta preparación en salud es entrenado por el Ministerio de Educación y Cultura en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a los programas institucionales.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

2.- AUSTRALIA (85-90)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		17,330,000 (1990)	
2.	PRODUCTO NAL. BRUTO/PER CAPITA/ANUAL		17,000 DLS (1989)	
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		7.5 %	
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	77	
		MUJERES:	78.7	
5.	MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NAC. VIVOS:		8.7	
6.	HABITANTES POR MEDICO:		438	
7.	ALFABETISMO:		99.5%	
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:			
			NUMERO	CAMAS
		HOSPITALES GENERALES DE URGENCIAS	720	66,159
		HOSPITALES PRIVADOS	333	21,427
		CASAS DE ASISTENCIA	1,344	67,912
	TOTAL	2,397	155,498	

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La responsabilidad de la planeación y otorgamiento de los servicios de salud es del Gobierno Federal; sin embargo contribuyen significativamente los servicios de salud estatales en el financiamiento.

El Gobierno Federal es capaz de influir en las políticas de servicios de salud a través de los acuerdos, convenios y compromisos financieros con los Gobiernos de los Estados.

Existe un límite constitucional de la participación del Gobierno Federal en la actual prestación de servicios de salud.

A nivel nacional, el Departamento de Servicios Comunitarios y Salud del Gobierno Federal y el Departamento de Atención a los Veteranos, son los responsables de la administración de los servicios de salud. A nivel estatal los Departamentos de Salud Estatales son los encargados de la administración de los servicios de salud.

Los servicios de atención médica son financiados en gran parte por un esquema de seguros médicos privados; de igual importancia es la participación de la seguridad pública que se cubre con los impuestos, así como el seguro de atención médica universal conocido como Medicare, administrado por el Gobierno Federal.

Los ciudadanos tienen derecho a la atención gratuita en el tratamiento que reciban en los hospitales del sector público bajo el esquema de Medicare.

Mucha de la atención médica es otorgada por médicos privados en sus tiempos libres; el Gobierno Federal reembolsa a los pacientes asegurados que optan por esta alternativa el 85% del costo de la atención médica recibida.

El acceso y la disponibilidad a los servicios de salud es independiente al financiamiento o esquema de seguro del paciente.

Hay un programa de aseguramiento de calidad en las ciudades. El "Consejo Australiano en estándares del hospital" es una organización no gubernamental que establece los estándares de calidad y acredita a los hospitales. Estos se inscriben en forma voluntaria y deciden cuándo quieren ser evaluados para su acreditación.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Department of Community Services and Health PO Box 100
Woden ACT 2600
Australia

National Medical Association
Australian Medical Association
77'79 Arundel Street
Glebe NSW 2037
Australia

National Nurses Association
Royal Australian Nursing Federation
132'136 Albert road
South Melbourne VIC 3205
Australia

National Health Service Administrators Association
Australian College of Health Service Administrators
PO Box 442
Port Macquarie NSW 2449
Australia

National Hospital Association
Australian Hospital Association
42 Thesiger Court
Deakin ACT 2600
Australia

3.- ARABIA SAUDITA

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		14,870,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		7,050 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PIB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		65
	MUJERES:		67
5.	MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NAC. VIVOS:		72
6.	HABITANTES POR MEDICO:		852
7.	ALFABETISMO:		57.2%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GENERALES	96	16,034
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	12	1,639
	HOSP. MATERNO INFANTILES	17	3,803
	HOSP.OFTALMOLOGICOS	3	429
	OTRAS ESPECIALIDADES	13	1,957
	H.DEL SECTOR PUBLICO	30	6,283
	H.DEL SECTOR PRIVADO	41	4,474
		--	-----
	TOTAL	212	34,619

B.- CARACTERISTICAS RELEVANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El Sistema Nacional de Salud es administrado por el Ministerio de Salud y 14 Direcciones Regionales.

El Ministro de Salud marca las políticas y los lineamientos a seguir; establece mecanismos de supervisión general y participa activamente en la planeación general de la atención médica. Destaca en forma particular su participación en las políticas de prevención y rehabilitación. Los Servicios de Salud son financiados por el Gobierno a través de los impuestos. El sector privado representa aproximadamente el 10% del gasto total en salud.

Existen diversos organismos independientes que cuentan con sus propios lineamientos de acción de salud; tal es el caso de los servicios de salud militares.

A nivel regional, el Ministerio de Salud delega en sus Directores Generales la responsabilidad de supervisión y toma de decisiones. Las unidades médicas del Sector Privado cuentan con fondos provenientes del costo de los servicios y organismos privados asociados.

El acceso a los servicios de salud está disponible para cualquier ciudadano sin importar su situación financiera o su estado de seguro médico.

El financiamiento de los servicios es gratuito para el paciente, en donde el Gobierno absorbe el total del costo de la atención. Sin embargo, este modelo está en estudio ya que implica un

enorme costo del presupuesto federal.

En varias de las ciudades de Arabia Saudita se cuenta con un déficit de enfermeras y técnicos en salud, lo cual obliga a contratar personal de otros países pagando salarios muy altos y repercutiendo esto en el costo de la atención a la salud.

Gran parte del sistema actual de atención a la salud fue desarrollado en ausencia de una planeación estratégica e implementado sin coordinación alguna con otros organismos paralelos, lo cual implicó esfuerzos innecesarios en algunas áreas e insuficientes en otras.

Actualmente, en Arabia Saudita se están llevando a cabo medidas correctivas que permitan una adecuada distribución y óptima utilización de la infraestructura disponible.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Ministry of Health
Riyadh 11176
Saudi Arabia

4.- BAHRAIN (100-108)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		510,000 (1990)
2.	PIB/PER CAPITA		14,700 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PIB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		5%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		69
	MUJERES:		69
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		18.4
6.	HABITANTES POR MEDICO:		713
7.	ALFABETISMO:		77.4%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GRAL.DE URGENCIAS	5	958
	HOSPITALES GERIATRICOS	1	66
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	1	180
	OTRAS	6	204
		----	-----
	TOTAL	13	1,408

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La administración de los Servicios de Salud es responsabilidad del Ministerio de Salud; quien provee la atención a la salud gratuita a todos los ciudadanos y residentes de Bahrain.

El Ministerio de Salud administra el sistema de salud para las licencias estatales y supervisa la administración de los hospitales privados.

No hay subdivisiones gubernamentales subordinadas bajo el nivel nacional dado el tamaño geográfico del país.

Los Servicios de atención a la salud son financiados por los impuestos, las cuotas de licencias sanitarias (comercios) y las cuotas de inspectores de salud.

Existe un programa de Aseguramiento de la Calidad de la Atención Médica otorgada en la ciudad. En los hospitales existen comités de aseguramiento y los programas de formación de recursos humanos médicos están conceptualizados en este esquema.

Actividades similares se han instrumentado en los centros de salud, aunque no se ha avanzado tanto como en los hospitales.

El Ministerio de Salud ha establecido una oficina de apoyo y supervisión médica para darle seguimiento al programa de aseguramiento de la calidad a nivel ministerial.

Bahrain dispone de un sistema nacional de salud organizado por zonas geográficas. En el occidente de Bahrain los Directivos de los hospitales tienen la política de prácticamente no atender al público y estar en contacto permanente con los directivos del centro para la coordinación de acciones.

En el Medio Este de Bahrain, la atención al público es muy abierta y esmerada, y el personal administrativo de los hospitales, incluyendo el Director, organiza su agenda para dedicarle tiempo a los pacientes.

En el área del Golfo, existe el inconveniente de que se hablan muchos idiomas, lo cual dificulta el trato con el público y se reduce éste a lo mínimo posible.

La planeación de los servicios de salud y las políticas a seguir no tienen continuidad ni están sujetos a algún esquema de desarrollo nacional; lo que explica que se modifiquen constantemente y no haya seguimiento de programas.

El ministro de salud de Bahrain con ayuda del Instituto Nacional de Planeación de Egipto y la Organización Mundial de la Salud, desarrolló un estudio cuyo objetivo fue delinear las estrategias para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 a través de un adecuado programa de atención primaria.

El acceso a la atención médica es gratuito a cualquier ciudadano.

Existen comités internos de control de calidad en la atención hospitalaria, sin embargo no están regidos por algún organismo coordinador de estos programas.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Ministry of Health
PO Box 12
Manama
Bahrain

Bahrain Medical Society
PO Box 28138
Manama
Bahrain

5.- BELGICA (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		9,865,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		16,220 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		8.20%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	76
		MUJERES:	76.6
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		12
6.	HABITANTES POR MEDICO:		309
7.	ALFABETISMO:		100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES DE URGENCIAS	212	55,408
	H. DE LARGA ESTANCIA	7	4,142
	HOSPITALES PSIQUIATRICOS	72	20,250
		---	-----
	TOTAL	284	79,800

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La Salud Pública es responsabilidad del Ministro de Salud, quien se apoya en ministerios de salud locales.

Hay un ministro nacional de salud responsable de la salud pública y de la seguridad social y también hay ministros de salud para varias comunidades. La atención primaria de la salud es otorgada por médicos generales privados, farmacéuticos, dentistas y enfermeras. Hay servicios de atención médica (públicos y privados) que están disponibles a domicilio.

Existen además diversos servicios de apoyo a la atención a la salud, tales como la medicina preventiva, la medicina industrial y la medicina escolar.

La atención primaria de la salud puede ser pagada o gratuita. En caso de ser pagada, existe el seguro de salud que reembolsa el total de la erogación al paciente. Los hospitales reciben subsidio dentro de una rigurosa guía de planeación previa; basan su presupuesto en sus programas de trabajo. El sistema de seguro médico es financiado por contribuciones (de los empleados y empleadores).

El estado también contribuye con el 25% de los gastos diarios de un hospital. Cada ciudadano debe escoger su propia compañía de seguros y el sistema de seguros reembolsa a cada paciente lo pagado por su atención médica. El seguro de gastos médicos lo debe pagar cada ciudadano por los beneficios que tenga interés en contratar. Los pacientes normalmente tienen acceso a los servicios de atención médica y en forma voluntaria eligen cualquiera de las condiciones de pago. En casos de pobreza o falta de liquidez los ciudadanos pueden ser atendidos en los Centros de Asistencia Social donde la atención médica es gratuita.

Los hospitales deben ser acreditados y cumplir con un mínimo de estándares de calidad, pero esto no constituye actualmente un programa de garantía de calidad. Se está conformando un esquema que permita garantizar la calidad de la atención otorgada en los hospitales.

Existen servicios de atención a la salud tanto públicos como privados que van desde la atención personal en domicilio hasta la oferta de servicios hospitalarios.

Están muy desarrollados los servicios de medicina preventiva, así como la medicina industrial. Cada ciudadano tiene opción a elegir su compañía y sistema de seguro, desde gastos médicos mínimos hasta gastos médicos mayores.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Ministere de la Sante Publique
Administration des Etablissements de Soins
Cite Administrative de l Etat
Quartier Vesale
B'1010 Brussels
Belgium

Ordre National des Medecins
Place jamblinne de Meux 32
B'1400 Brussels
Belgium

Union Generale des Infirmieres de Belgique
Rue de la Source
B'1060 Brussels
Belgium

Confederation National des Etablissements de Soins
Rue des Guildes 9 n
B'1040 Brussels
Belgium

6.- BOTSWANA**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	1,340,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	2.040 DLS.
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD.	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	67
	MUJERES:	67
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	72
6.	HABITANTES POR MEDICO:	7185
7.	ALFABETISMO:	70.8%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GENERALES	10
	HOSPITALES DE REFERENCIA	3
	CLINICAS DE MATERNIDAD	49
	CLINICAS DE ATENCION GENERAL	95
	CENTROS DE SALUD	13
	PUESTOS DE SALUD FIJOS	272
	PUESTOS DE SALUD MOVILES	358

	TOTAL	800

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El 90% de la población general se encuentra dentro de 15 km de un centro de salud.

El gobierno es el principal responsable de la administración y otorgamiento de los servicios de salud. El desarrolla y promueve los programas de atención curativa y preventiva en cooperación con la participación de atención hospitalaria. Esta interacción ha existido por muchas décadas. El Ministro de Salud es el responsable de todos los programas de acción que en esta área se están llevando a cabo. Los esfuerzos de los últimos 5 años han sido encaminados al plan "Salud para todos en el año 2000".

Las estrategias adaptadas por el ministerio de salud comprenden acciones de promoción, curación y prevención a través de cooperación mutua entre todos los integrantes de la comunidad, es decir, tanto autoridades como ciudadanos.

El Ministro de Salud no interfiere con el desarrollo diario de las actividades que se desempeñan en los servicios de atención a la salud, pero tiene la autorización de supervisar e inspeccionar todas las áreas afines y donde encuentre problemas, puede participar proponiendo alternativas de solución.

El Gobierno envía médicos practicantes a las áreas rurales donde se desarrolla gran parte de la medicina de primer nivel.

Prácticamente no existe la atención privada ni esquemas de seguros médicos. Los hospitales del Gobierno son financiados a través de impuestos y donaciones.

Ultimamente ha habido un incremento importante en el número de personal médico, de enfermería y técnico titulado que se ha incorporado a los servicios de salud; lo cual ha repercutido en un incremento de la calidad de la atención a la salud.

La accesibilidad a los servicios de atención médica ha sido el punto crítico que se ha buscado resolver en los últimos años. Existe un progreso importante ya que en 1987 el 90% de la población estaba en un radio de 15 km de un centro de salud y actualmente el 66% de la población dispone de un centro de salud en un radio de 8 km.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Hon Minister of Health
Private Bag 0038
Gaborone
Botswana
Southern Africa

Principal Medical Officer
Princess Marina Hospital
PO Box 258
Gaborone
Botswana
Southern Africa

deborah Relief Memorial Hospital
PO Box 24
Mochudi
Botswana
Southern Africa

Bamalate Lutheran Hospital
PO Box 6
Ramotswa
Botswana
Southern Africa

7.- BRASIL (108-109)**A. ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	153,368,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	2,680 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	66
	MUJERES:	66
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	83
6.	HABITANTES POR MEDICO:	685
7.	ALFABETISMO:	81%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NO REPORTADO	

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de atención médica Brasileño ha sido desarrollado con base a las necesidades y políticas regionales. La distribución de los servicios por zona geográfica ha demostrado, a través de la historia que éstos se han desarrollado en forma no equitativa tanto en la calidad como en la cantidad. La accesibilidad a la atención médica también ha crecido en forma dispar entre la gente que dispone de recursos y quienes carecen de ellos.

Los mejores hospitales (con la más alta tecnología y capacidad de resolución) se encuentran en tres grandes ciudades: Río de Janeiro, Sau Paulo y Bello Horizonte. El desarrollo tecnológico de algunos de estos hospitales puede compararse incluso con los mejores hospitales de los Estados Unidos.

Los brasileños que viven lejos de estas ciudades y carecen de recursos económicos para trasladarse a ellas, reciben atención médica hospitalaria en instituciones que carecen ostensiblemente de infraestructura tecnológica.

El gobierno tiene la responsabilidad de otorgar atención médica gratuita a toda la población y ha enfocado sus esfuerzos en los últimos años al desarrollo de la atención primaria, preventiva y de rehabilitación para la población de escasos recursos económicos.

El Instituto Nacional de Atención a la Salud y Seguridad Social, cuenta con reformas en la atención a la salud que son el origen de un nuevo sistema de atención a la salud. Algunos de los elementos que conforman este sistema son los pagos predeterminados pequeños por persona en un equivalente a seguro médico pre-pagado, el obtener la tarjeta de salud, el vigilar el crecimiento de la población y el procurar que éste sea acorde con la infraestructura y recursos vigentes, finalmente el incrementar las acciones de colaboración entre el estado y los esquemas de salud.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

8.- BRUNEI (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	270,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	12,770 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD:	2 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	76
	MUJERES:	76
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	10
6.	HABITANTES POR MEDICO:	1469
7.	ALFABETISMO:	85.1%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GRAL. DE URGENCIAS	8 930
	-	---
	TOTAL	8 930

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

A nivel nacional el Ministerio de Salud, a través del Departamento de Servicios de Salud y atención médica, tiene la responsabilidad de otorgar los servicios de atención a la salud a nivel nacional.

El financiamiento de los servicios de salud es a través de los fondos gubernamentales que se basan, prácticamente en su totalidad, de los impuestos.

El Sistema Nacional de Salud es financiado a través del presupuesto nacional anual en coordinación con los planes de desarrollo nacionales establecidos a 5 años.

El acceso a los servicios de salud está disponible indistintamente de las condiciones financieras o de seguros en que se encuentre el paciente.

La ciudad no tiene un programa de garantía de calidad de la atención a la salud.

ORGANIZACIONES GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Ministry of Health
Darussalam 1210
Brunei

Brunei Nurses Association (Penjuru)
Ministry of Health
Darussalam 1210
Brunei

9.- BURMA (110-114)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	41,700,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	200 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	61
	MUJERES:	63
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	14
6.	HABITANTES POR MEDICO:	N/D
7.	ALFABETISMO:	N/D
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En Burma existen alrededor de 1,755 clínicas privadas registradas. La práctica privada ha tenido gran desarrollo, particularmente en Ramgoon.

El programa de salud gubernamental denominado "Atención a la Salud de la Gente" (People Health Care, PHC) está siendo apoyado por la UNICEF, La Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Desarrollo Internacional (USAID).

Un aspecto importante del programa ha sido el escenario legal del sistema que ha tratado de incluir información relativa a las enfermedades y lesiones que están lejos de ser calificadas.

Solo un pequeño porcentaje de la población tiene acceso a los servicios básicos de salud. Muchos pueblos en las áreas rurales se enfrentan al problema de la falta de disposición de la cobertura básica. Solo el 31% de los 65,000 pueblos cuentan con los servicios de salud básicos a través de trabajadores de salud comunitarios ó de parteras del sector de salud estatal.

El Gobierno hace énfasis en que sólo con la ayuda de la comunidad, basada fundamentalmente en voluntarios, se podrán extender los servicios de salud a las áreas donde no hay acceso directo a los mismos.

Como sucede en otros hospitales, en Burma el Hospital General de Ramgoon es administrado por médicos y no por administradores especialistas. Un servicios de administración hospitalario profesional será introducido a la brevedad; para ello el Gobierno de Burma está desarrollando un estudio sobre los esquemas de entrenamiento para administradores de hospitales.

Dentro de los otros hospitales se está implementando un sistema de capacitación y entrenamiento para directivos de unidades médicas, el cual está fundamentalmente orientado a médicos que se harán responsables de las unidades.

Existen algunos proyectos para tecnificar los hospitales de Burma, sin embargo la mayor parte de los recursos se están canalizando a los programas de atención primaria.

En el momento actual la contabilidad, el control de inventarios y otros registros son llevados a cabo manualmente. Se considera que a mediados de la década de los 90, los servicios de administración de este hospital estarán computarizados.

El Departamento de Salud de Burma hace énfasis en la Atención Primaria a la Salud y es apoyada en esta misión por organismos multinacionales tales como la UNICEF, que provee asistencia para programas de nutrición, atención de la madre y el niño, etc.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

10.- CANADA (115-119)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION:	27,030,100 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	20,470 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	8.62 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	77
	MUJERES:	79
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	7
6.	HABITANTES POR MEDICO:	452
7.	ALFABETISMO:	95.6%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GRAL. PUBLICO	880 128,684
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	245 50,533
	HOSPITALES PRIVADOS	82 4,422
	HOSPITAL FEDERAL	49 2,832
	-----	-----
	TOTAL	1,236 186,471

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La atención médica es responsabilidad de cada una de las provincias que a su vez están en permanente coordinación con el Gobierno Federal.

Actualmente existen 10 provincias con sus respectivos programas de salud en todo el país. Cada provincia trabaja en forma independiente y atiende a sus problemas particulares, pero comparten ciertas características en común; una de las más evidentes es el Programa Nacional de Seguridad y Atención a la Salud.

Existen grupos independientes como las fuerzas armadas, los veteranos de guerra y algunos otros que cuentan con sus propios servicios.

Existe una división constitucional de responsabilidades y poderes en el área de la salud donde hay coordinación establecida entre el Gobierno Federal y los Gobiernos de las 10 provincias. Ejemplo de lo anterior es que el Gobierno Federal se responsabiliza de los servicios que no corresponden a los ciudadanos de la provincia.

El Gobierno Federal tiene la responsabilidad de la promoción de la salud a nivel nacional; en cambio el Gobierno Provincial tiene la responsabilidad tanto para la salud pública como para la atención a la salud individual.

Al Gobierno Provincial corresponde la responsabilidad de la administración de sus hospitales y tiene la facultad de poder delegar ciertas funciones en los Gobiernos Regionales y en los Municipios.

Los impuestos y los ingresos del Gobierno son usados para financiar los servicios de atención a la salud pública de las provincias. Los seguros de salud privados cubren los servicios no

provistos por el seguro de salud de la provincia, por ejemplo, la atención domiciliaria y la drogadicción.

El Programa de Seguros de Salud Nacional está basado en el principio de pagos anticipados con la condición de que el asegurado no esté enfermo al momento de la contratación.

Los impuestos son recabados tanto por el Gobierno Federal como por el Gobierno Provincial y con base en los programas de salud se distribuye el presupuesto a cada autoridad. Aproximadamente el 75% del sistema de atención a la salud es financiado por el Gobierno y el 25% restante es por cobertura privada.

Los ciudadanos tienen acceso disponible para todos los servicios de atención a la salud que requieran, incluyendo atención médica y hospitalaria. Todos los habitantes residentes en Canadá tienen posibilidad de elegir el seguro que más les convenga.

El Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales es un organismo voluntario que aboca su estudio a la estructura y a los criterios de proceso de la atención médica que se otorga en las Instituciones hospitalarias. La acreditación ha sido muy aceptada en la mayoría de los hospitales canadienses, como evidencia de su interés por manejar estándares de operación por todos aceptados.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Health and Welfare Canada
Brooke Claxton Building
Turney os Pasture
Ottawa, Ontario K1A 0K9
Canada

Canadian Medical Association
1867 Altavista Drive
Ottawa, Ontario K1G 0G8
Canada

Canadian Nurse s Association
50 The Driveway
Ottawa, Ontario K2P 1E2
Canada

Canadian Hospital Association
17 York Street
Suite 100
Ottawa, Ontario K1N 9J8
Canada

Canadian Public Health Association
1335 Carling Ave
Suite 210
Ottawa, Ontario K1Z 8N8
Canada

11.- CHINA (120-133)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		1,155,000,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		370 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		70
	MUJERES:		72
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		33
6.	HABITANTES POR MEDICO:		622
7.	ALFABETISMO:		72.6%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES UNIVERSITARIOS	157	69,087
	CENTROS DE MEDICINA CHINA	1,200	78,000
	OTROS HOSPITALES	65,305	2,153,000
		-----	-----
	TOTAL	66,662	2,300,087

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

China cuenta actualmente con aproximadamente 1,200 hospitales para medicina tradicional con una capacidad de cerca de 78,000 camas. Para este tipo de medicina existen 24 Colegios y 48 Institutos de Investigación.

El sistema de atención a la salud Chino ha tenido grandes avances en los últimos años. La red de hospitales y las instituciones médicas se han extendido para dar mayor cobertura a la provincia en China, alcanzando a cubrir a mil millones de personas.

En correlación con el crecimiento demográfico, el incremento anual de la capacidad de camas necesita ser por lo menos de 300 camas por año. La mayoría de los hospitales nuevos deben ser construidos en la provincia de China.

Un incremento de 200 millones de habitantes desencadenará la necesidad de disponer de 400,000 camas más. El Ministro de Salud Pública anunció que está en desarrollo un Programa de Privatización de la medicina, ya que actualmente existen cerca de 80,000 médicos que practican la medicina privada y este porcentaje se ha incrementado en forma importante en los últimos años.

Los médicos atienden a los pacientes tanto en el hospital como en sus propias clínicas privadas o en las propias casas de los pacientes.

El crecimiento de los hospitales y clínicas privadas dentro de la provincia en China, se está dando en forma paralela tanto de la medicina tradicional, como en la medicina occidental. El costo de la salud es financiado a través de seguros de salud locales que están organizados por los patrones de los centros de trabajo.

Pasantes rurales, trabajadores temporales y trabajadores de la salud en algunas empresas colectivas (80% del total de la población) financian sus servicios de salud a través de programas médicos cooperativos que equivalen a la cobertura que ofrecen los patrones estatales.

Igualmente importante es el seguro de hospitalización diferencial, plan que requiere pasantes y trabajadores de zona que pagan una porción de los costos mientras los trabajadores estatales y los equipos de trabajo están cubiertos completamente por sus unidades de trabajo.

En el caso de los pacientes rurales, es más común que estos sean tratados con medicina tradicional a diferencia de los pacientes ciudadanos que están más a expensas del estilo de medicina occidental. La medicina tradicional es muy barata sobre todo si se compara con el costo de la medicina occidental.

Los trabajadores urbanos tienen acceso a los mejores centros de medicina en china. No existe un programa de garantía de calidad de la atención médica implementada en el país.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

12.- COLOMBIA (134-135)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		33,610,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		1,230 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	69
		MUJERES:	69
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		39
6.	HABITANTES POR MEDICO:		1079
7.	ALFABETISMO:		88%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES REGIONALES	103	NO REPORTADO
	HOSPITALES GENERALES	250	NO REPORTADO
	HOSPITALES PEDIATRICOS	180	NO REPORTADO
	HOSPITALES UNIVERSITARIOS	500	NO REPORTADO

	TOTAL	1,033	

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de salud de Colombia está caracterizado por la duplicación de funciones en un número importante de instituciones autónomas.

El subsector descentralizado es administrado por el Instituto de Seguridad Social y otras pequeñas organizaciones independientes. Estas tienen hospitales separados del Ministerio de Salud, abiertos exclusivamente a trabajadores afiliados.

El Ministro de Salud tiene la responsabilidad de apoyar a la mayoría de la población con relativamente escasos recursos financieros. El sector restante está dividido entre el subsector privado y los servicios de salud de los cuerpos policíacos y las fuerzas armadas.

La medicina preventiva es responsabilidad absoluta del Ministro de Salud.

Alrededor del 67% de las camas hospitalarias en Colombia están bajo la administración del Ministro de Salud, una tercera parte de ellas están localizadas en los hospitales regionales.

La importancia de los hospitales regionales es crucial para la implementación de las políticas de salud pública.

El financiamiento de los hospitales regionales proviene de tres importantes fuentes: el presupuesto del Ministro de Salud, las contribuciones locales y el ingreso por la venta de servicios. Paradójicamente la utilización de los centros de Salud es muy baja mientras mayor infraestructura hospitalaria exista.

Colombia ha implementado por más de una década un sistema regional de salud.

El actual Sistema Nacional en Colombia, fue organizado en 1975; desde entonces se ha reorganizado en un plan de desarrollo que gradualmente ha mostrado áreas críticas y áreas de éxito. Las principales características de este plan son las siguientes: estratificación por niveles de atención; enseñanza y servicios integrados; planeación, supervisión y evaluación permanente.

Otros elementos que contribuyen a fortalecer este plan son la participación multidisciplinaria y multisectorial de los equipos de trabajo.

No existe un programa de garantía de calidad de la atención médica a nivel nacional.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

13.- COSTA RICA (136-138)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION		3,060,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		1,900 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		19.3 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		76
	MUJERES:		76
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		18
6.	HABITANTES POR MEDICO:		1129
7.	ALFABETISMO:		93%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GENERALES	27	NO REPORTADO
	CENTROS DE SALUD	82	NO REPORTADO

	TOTAL	109	

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La unidad básica de servicios de atención primaria a la salud en Costa Rica es un Centro Regional de Salud que integra dentro de su programa de administración a la planeación, el monitoreo, la programación y la evaluación de sus actividades.

La operatividad de los programas se lleva a cabo en forma regionalizada y cada una de estas regiones están política y administrativamente independientes en las provincias y los distritos.

Las instituciones de salud regionales comprenden básicamente centros de salud y puestos de socorro.

Los centros de salud están compuestos por un grupo calificado de enfermeras, médicos y dentistas. Actúan como centro de referencia de los puestos de socorro cuando la complejidad del caso que les llega a estos es mayor de su capacidad de resolución.

La responsabilidad de la atención a la salud está dividida. La medicina curativa es provista principalmente por las clínicas y hospitales los que a su vez están financiados por el sistema de seguridad social.

La medicina preventiva es otorgada principalmente tanto en los centros de salud como en los puestos de socorro establecidos por el Ministerio de Salud.

Un elemento muy importante en el desarrollo del sistema de atención a la salud en Costa Rica es la alta prioridad dada a la atención de la salud de la madre y del niño, así como a su nutrición. Esto ha sido el punto central de atención de los esfuerzos de los trabajadores de la salud.

Una compleja red de Centros de Salud se ha establecido para atender la salud de los niños, balanceando su alimentación, la atención materna y los principios de una buena nutrición.

Existe un programa de visitas de atención domiciliaria donde se atienden casos de alto riesgo, a la mujer embarazada, bebés recién nacidos y niños en edad de vacunación.

En los últimos años se ha desarrollado, en forma intensa, la participación de la comunidad con el equipo de trabajadores de la salud, en una búsqueda de intensificación de esfuerzos y apoyos mutuos. Todas las actividades realizadas en este esquema son supervisadas por auxiliares de enfermería. Los voluntarios que participan de la comunidad contribuyen significativamente a la aplicación de los programas de medicina preventiva.

La accesibilidad a la atención primaria incluyendo los centros de educación de los niños y de nutrición, balance de dietas, educación preescolar y educación a nivel escolar es coordinada por Centros de Apoyo a la Salud. Estos centros han dado una importante contribución a la disminución de la morbilidad infantil causada por mal nutrición.

La participación de las trabajadoras sociales a través de sus visitas a los domicilios donde se encuentran las mujeres embarazadas y los niños recién nacidos, es fundamental ya que ayuda en forma importante al tratamiento establecido por los médicos.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

14.- CUBA (139-141)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	10,730,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	2,000 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN LA ATENCION A LA SALUD	15 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	76
	MUJERES:	76
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	15
6.	HABITANTES POR MEDICO:	303
7.	ALFABETISMO:	94%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GENERALES	235
	HOSP. DE LARGA ESTANCIA	28
		NO REPORTADO
		NO REPORTADO
	TOTAL	263

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de atención a la salud cubano está controlado en forma centralizada por el Ministerio Nacional de Salud Pública.

La atención a la salud está a la disposición de toda la población y todos los servicios están libres de cargo. No hay práctica privada.

Los principios básicos de la atención médica en Cuba son: accesibilidad para toda la población; servicio totalmente gratuito; igualdad en la calidad de la atención (tanto en las áreas urbanas como en las rurales) y ausencia de atención médica privada.

Cuba está dividida en 15 regiones o provincias las cuales a su vez, están subdivididas en municipios y áreas de salud.

La planeación a todos los niveles debe realizarse bajo el presupuesto fijado y no puede excederse de él.

En los últimos años ha habido un importante énfasis en los servicios de salud preventiva y en educación para la salud.

La población cubana cuenta con un alto índice de alfabetismo, lo cual repercute en que gran parte de la población adopta con suma responsabilidad las medidas para el cuidado de su salud.

La atención primaria a la salud, que anteriormente era muy importante y se desarrollaba en las policlínicas, está siendo fomentada en cada una de las localidades a través de los médicos familiares.

Existe un comité para la defensa de la revolución y la federación de las mujeres cubanas, que de manera importante juega un papel en la educación de la salud y en la implementación de políticas de salud pública.

Existen 397 policlínicas en Cuba las cuales tienen todas un Director médico que las dirige apoyado en un cuerpo de gobierno.

Cuba está considerada por muchos países como un ejemplo de estructura médica descentralizada.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

15.- CHIPRE (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		710,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL.		8,020
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		3.9 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		77
	MUJERES:		77
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC. VIVOS:		12
6.	HABITANTES POR MEDICO:		84
7.	ALFABETISMO:		94.5%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H.GENERAL PUBLICO	5	911
	H.PSIQUIATRICO PUBLICO	1	790
	H.RURAL PUBLICO	3	49
	CENTRO DE SALUD RURAL	4	88
	CLINICAS PRIVADAS	124	1,517
		-----	-----
	TOTAL	137	3,355

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El otorgamiento de la atención médica es responsabilidad del Gobierno Federal a través del Ministro de Salud. El Ministro coordina la provisión de estos servicios a través de cinco departamentos: el dental, el farmacéutico, el psiquiátrico, el laboratorio y los servicios de salud médica y pública. Es el departamento de salud médica y pública quien tiene la responsabilidad directa de la atención primaria a la salud.

Generalmente los servicios de salud están financiados por los impuestos y los pagos privados. El seguro de atención médica privada no existe. La población que acude a la atención médica pública es aproximadamente el 70% mientras que la atención privada cubre el 30% restante.

Los servicios de salud están disponibles para todos los ciudadanos en los 5 Distritos de Chipre, independientemente de la disponibilidad para pagar. Los servicios de emergencia se otorgan gratuitamente a todos los ciudadanos.

En Chipre no se está llevando a cabo ningún programa de garantía de la calidad en la atención médica.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Ministry of Health
11 Lord Byron Ave
Nicosia
Cyprus

18.- DINAMARCA (142-147)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		5,150,794 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		22,080 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		5.2 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	75	
	MUJERES:	77,5	
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	8.2	
6.	HABITANTES POR MEDICO:	375	
7.	ALFABETISMO:	100%	
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES SOMATICOS	99	28,148
	H. PSIQUIATRICOS	17	7,458
		---	-----
	TOTAL	116	35,606

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Las 16 provincias incluyendo las ciudades de Copenhague y Frederiksberg, son responsables de la administración y planeación de los servicios de atención médica que en ellas se otorgan. Esta responsabilidad abarca tanto a los servicios de atención primaria como los de atención hospitalaria.

Los 275 Distritos son responsables por la administración y la planeación de la mayoría del sistema de atención social y también de ciertas partes de los servicios de salud locales tales como la atención domiciliaria, los visitantes de salud infantiles, la salud escolar y la salud dental.

El Ministro de Salud es la cabeza principal y responsable de la administración y de los aspectos legislativos de los hospitales, seguros médicos, personal médico y no médico, farmacias, mercadotecnia de los productos farmacéuticos, epidemiología, vacunación, atención materna y del niño y otros servicios.

El Gobierno tiene una agencia central de coordinación de la atención médica: el Consejo Nacional de Salud que fundamentalmente tiene la responsabilidad de la administración de los servicios de salud, con una participación de dirección y supervisión.

En forma paralela a la actividad hospitalaria, cada Consejo Regional requiere proveer los servicios hospitalarios que requiere su comunidad. Las contribuciones de los ciudadanos son gran parte del soporte financiero para la construcción y equipamiento de los servicios de atención a la salud. El hospital universitario de Copenhague es uno de los pocos hospitales Estatales que se financian con un esquema distinto.

Los Consejos Municipales han dispuesto establecer servicios de salud en áreas que pertenecen al esquema de seguridad nacional en acuerdo con el servicio de seguridad nacional.

De acuerdo con las leyes, el servicio de salud nacional paga a los médicos generales y especialistas por sus servicios; las autoridades de seguros médicos también cubren los gastos de ciertas afecciones dentales, médicas, de rehabilitación, de quiropráctica, etc. El pago es de acuerdo a lo establecido entre el comité de negociación central y el esquema de seguridad nacional, así como la relación de estos comités con los practicantes, dentistas y otros especialistas de la salud.

Los Distritos también desarrollan diversas actividades que forman parte de los servicios de atención a la salud; ejemplo de ello es la atención de enfermería a domicilio y de atención al anciano a domicilio.

El país está dividido en 16 regiones y cada una de ellas se encarga de atender los problemas específicos que en materia de salud existen.

El servicio nacional de salud ha dispuesto la estrategia de pagar a los médicos para que éstos extiendan la atención médica del hospital hasta el propio domicilio del paciente. Esto es muy común en pacientes con problemas psiquiátricos, quiroprácticos, etc.

Existe también un importante programa de trabajo social que incluye el control y seguimiento de pacientes egresados de los Centros hospitalarios. La trabajadora social se hace acompañar de una enfermera capacitada y experimentada en la visita domiciliaria.

Los servicios de atención a la salud son financiados por los impuestos. El sistema de atención a la salud está basado en cada uno de los siguientes niveles: nivel municipal, donde los hospitales son totalmente financiados por las aportaciones del municipio, el seguro de salud nacional, médicos y especialistas, que son pagados en su totalidad por el municipio y otros profesionistas que son subsidiados por el municipio.

Finalmente todos los ciudadanos y residentes de Dinamarca tienen acceso a los servicios de salud independientemente de su situación económica o disponibilidad de pago. Actualmente se encuentra en desarrollo un programa de garantía de calidad de la atención médica, que se espera se establezca en el país en los próximos años.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

The National Board of Health
Sundhedsstyrelsen
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK 1012 Copenhagen O.
Denmark

National Medical Association
Den Almindenhage Dansk Laegeforening
Trondhjemsagade 9
DK 2100 Copenhagen O
Denmark

National Nurses Association
Dansk sygeplejerad
Vimmelskaftet 38
DK 1161 Kobenhavn K
Denmark

17.- EGIPTO (148-155)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	54,680,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	760 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	2.4 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	60
	MUJERES:	60
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	97
6.	HABITANTES POR MEDICO:	616
7.	ALFABETISMO:	48.4%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	

NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En Egipto los servicios médicos de atención preventiva y curativa son administrados principalmente por el Gobierno de acuerdo a las políticas que define el Ministro de Salud.

El financiamiento es a través de los fondos públicos, recabados fundamentalmente por la vía de los impuestos y de algunas otras organizaciones.

El Gobierno ha adoptado la política de promover la atención primaria a la salud y de desarrollar los servicios de salud que cubrirán a la población entera.

Estos planes enfatizan el esquema de extensión-expansión de los servicios clínicos y básicos atendidos por médicos y enfermeras.

En el nivel local existen unidades de salud o centros que satisfacen las necesidades básicas de la comunidad en márgenes de 5 a 50,000 habitantes.

Existen problemas de soporte debido a las inadecuadas condiciones de atención médica que se presentan en determinadas áreas, así como a la falta de disponibilidad del equipo y material de apoyo adecuados.

En Egipto ha dado muy buen resultado el atender a muchos de los pacientes en sus domicilios, en aquellos casos que así lo permiten. Si las personas no pueden acudir a los centros de salud, ellos acuden a los curanderos tradicionales para las lesiones o enfermedades leves ó acuden con el médico privado si cuentan con la capacidad de pago. Cuando son lesiones serias generalmente acuden directamente al hospital.

En Egipto existe el programa de seguro de la salud, el cual fue introducido en 1964 como parte del Programa de Seguridad Social adoptado durante la década de 1960. La Organización de Seguro de la Salud es la responsable de la operación del programa del mismo nombre.

La Organización anteriormente mencionada se encarga de proveer los servicios curativos a la población, financiada por las contribuciones de los patrones y empleados.

Los médicos generales y especialistas que desarrollan sus actividades en la práctica privada disponen de clínicas y hospitales privados para su ejercicio profesional. Existen centros de salud privados para todos los niveles de ingreso de la población; los ciudadanos que carecen de los recursos económicos necesarios para pagar la atención privada optan por los servicios de asistencia gratuitos.

Los hospitales pueden estar administrados tanto por profesionales de la administración como por religiosos u organizaciones civiles. Los hospitales del Cairo y Alejandría son gubernamentales y mucho menos caros que los hospitales privados.

Los hospitales y las clínicas asociados con escuelas de formación médica cuentan con el respaldo financiero gubernamental.

Hay un sistema de atención médica militar para los miembros de las fuerzas armadas y sus familiares. Estos hospitales dependen del presupuesto militar.

El Ministro de Salud Pública administra los servicios de atención curativa y preventiva y marca las líneas de acción para los centros de atención primaria, las clínicas y los hospitales.

La Organización Nacional de Seguro de Salud provee atención curativa y de rehabilitación a través de sus propios médicos generales, especialistas, policlínicas y hospitales, y esto lo hacen por medio de contratos individuales con cada uno de ellos.

No existe un programa de garantía de calidad de la atención médica en Egipto.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

18.- ESPAÑA (158-157)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		40,100.000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		11,020 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		6 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	77	
	MUJERES:	77	
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC. VIVOS:	8	
6.	HABITANTES POR MEDICO:	284	
7.	ALFABETISMO:	95.8%	
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL	977	199,381
	HOSPITAL MILITAR	38	12,533
	TOTAL	1,015	211,914

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En España, la planeación de la salud a nivel gubernamental está basada en la Constitución, garantizando los mismos niveles de salud a toda la población.

Las comunidades autónomas también tienen la autoridad de generar sus propios planes de salud; siguiendo la misma línea de los objetivos del Gobierno. Esto significa, que la planeación nacional tiene considerada una línea de trabajo que puede ser seguida por Comités autónomos.

En adición a lo anterior, estos Estados autónomos son responsables no sólo de la planeación de sus propias áreas sino también de los campos de salud e higiene.

El tercer nivel de planeación para acciones locales es desarrollado bajo el esquema de descentralización y es conocido como "planeación por área de la salud".

La Constitución española orienta su regulación sanitaria a través de mecanismos conocidos como "la alta inspección" que consiste en una acción coordinada por un grupo de expertos.

Las áreas de salud disponen de los recursos suficientes para garantizar el desarrollo de actividades a través de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención curativa.

La atención curativa es otorgada en dos niveles, el primero se enfoca a los centros de salud, donde la característica fundamental es el trabajo en equipo interdisciplinario; el segundo tiene como característica distintiva la atención especializada.

Las áreas de salud tienen la responsabilidad de la promoción, administración, coordinación y operación eficiente de la atención preventiva, de los servicios curativos y de los servicios de rehabilitación. Estas áreas tienen autogobierno y operan a través de un consejo de administración representado en un 60% por la comunidad autónoma y en un 40% por las

corporaciones locales.

Los recursos para el financiamiento de los esquemas de salud provienen de las siguientes fuentes: del gobierno en un 20%, de la seguridad social 27%, de las corporaciones locales en 23% y del sector privado en 30%.

No hay un programa de garantía de calidad nacional.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

19.- ESTADOS UNIDOS (158-167)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	252,600,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	21,790 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	11.1 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	78.0
	MUJERES:	78.3
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	10.0
6.	HABITANTES POR MEDICO:	404
7.	ALFABETISMO:	95.5%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	6,821	1'266,700
	-----	-----
	TOTAL	6,821
		1'266,700

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de atención a la salud es llevado a cabo en gran parte por el Sector Privado, con base en el modelo de descentralización y con soporte público que incluye financiamiento Estatal y regional.

La responsabilidad de otorgar los servicios de atención a la salud recae principalmente en el sector privado. Las instituciones de atención a la salud federales tienen la responsabilidad de atender a la población que no cuenta con los recursos económicos necesarios para el pago de esta atención, así como para los veteranos de guerra y para los jóvenes del servicio militar.

Los servicios de atención a la salud son financiados por los seguros médicos gubernamentales y por el sistema de prepago.

El porcentaje de participación de cada nivel, es el siguiente: medicare (federal): 51.7 billones, medicaid (federal y estatal): 15.8 billones, otros 28.2 billones; seguros privados de salud: 69.9 billones; otras fundaciones privadas 2.2 billones y pago directo del paciente 16.8 billones. La suma de lo anterior es de 179.6 billones.

Los seguros privados juegan un papel central en el financiamiento de la atención a la salud en los Estados Unidos. Cerca del 3% del producto nacional bruto es invertido en seguros a la salud. Los seguros privados figuran significativamente en más rubros relacionados con el financiamiento de la atención a la salud. El esquema de seguros privados en las últimas décadas benefició a los empleados y a la mayoría de la población que optó por esta alternativa.

Los esquemas de los seguros privados son muy numerosos, ya sea tanto por sus características de cobertura, como por las características propias del seguro.

Más de dos terceras partes del total de las personas aseguradas en los Estados Unidos, disponen de un seguro privado, la mayoría de la población civil elige medicare ó medicaid.

Existen programas de salud que por su especificidad y costo de atención no son incluidos en los seguros de atención médica privada; estos programas son financiados por el gobierno.

La competencia entre las compañías aseguradoras ha desencadenado la tendencia a ofrecer mayores beneficios a sus clientes a través de garantizarles la mejor atención en los hospitales a los que tienen derecho ó en los servicios que van a recibir; mientras que la cobertura para otro tipo de atención, como la ambulatoria y las visitas médicas a domicilio, han bajado mucho de precio.

La atención de urgencias de cobertura aproximadamente a 37 millones de usuarios americanos; los hospitales absorben una gran parte de esta población. La cobertura para la atención de larga estancia es mucho menos amplia que la correspondiente a la atención de urgencias. Esto ha sido motivo de debates frecuentes del tema.

En Estados Unidos existe un programa de garantía de calidad de la atención médica establecido hace varios años.

El programa de acreditación hospitalaria es voluntario y se aplica a través de la comisión conjunta de acreditación de organizaciones de atención a la salud, la cual es la mayor organización orientada a esta acción en el mundo. Los hospitales deben disponer de un mínimo de estándares de calidad en su operatividad cotidiana para salir evaluados favorablemente.

El seguro medicare ha establecido organizaciones de revisión previa del estado de salud de los pacientes.

Existen hospitales que en forma particular han incluido programas de garantía de calidad en su administración, desarrollados a través de sus propias políticas, indicadores y estándares.

El seguro de atención médica ha cobrado tal auge que dentro de los contratos de empleo empresariales, los trabajadores deben quedar cubiertos de sus gastos médicos como una prestación prioritaria.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Department of Health and Human Services
Assistant Secretary for Health
Washington DC 50001
USA

National Medical Association
American Medical Association
535 N. Dearborn Street
Chicago, IL 60610
USA

National Health Service Administrators Association
American College of Healthcare Executives
840 N. Lakeshore Drive
Chicago IL 60611
USA

20.- FINLANDIA (168-174)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		5,030,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		26,040 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		6.9 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		76
	MUJERES:		76
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC VIVOS:		6
6.	HABITANTES POR MEDICO:		515
7.	ALFABETISMO:		100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H.CENTRAL UNIVERSITARIO	5	7,091
	H.CENTRAL DIVERSOS	16	6,701
	SANATORIO DE TUBERCULOSIS	9	1,760
	HOSPITALES DE DISTRITO	27	4,458
	HOSPITALES LOCALES	4	468
	H.CENTROS DE SALUD	214	20,114
	H. DE ESPECIALIDAD	18	6,448
	HOSPITALES PRIVADOS	9	1,249
	HOSPITALES ESTATALES	1	308
	HOSPITALES PSIQUIATRICOS	58	15,875
	H.PSIQUIATRICOS ESTATALES	2	580
	TOTAL	363	65,052

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En Finlandia, las autoridades locales son las responsables de otorgar todos los servicios de salud. Como las comunidades varían de acuerdo al tamaño de su población, ellas están organizadas para cooperar en los servicios de atención que se requieren.

Las autoridades locales tienen la responsabilidad de organizar los servicios de salud, el Estado sólo dirige y supervisa. La administración central ejerce su control a través de subsidios Estatales condicionados a los planes comunitarios de desarrollo, los cuales cambian cada 5 años. Los subsidios son gradualmente otorgados de acuerdo a la prosperidad del desarrollo comunitario. El 31% del subsidio se otorga a las comunidades más prósperas, y el 64% restante a las comunidades más pobres.

La atención primaria a la salud está basada en lo establecido por el parlamento en 1972. La meta es cubrir a la población entera, otorgar tratamiento gratuito, ser equitativos e imparciales y ofrecer servicios integrales de atención a la salud.

Cada comunidad está obligada a generar los centros de salud de acuerdo a sus necesidades con el apoyo de sus habitantes. Centro de salud no significa un edificio simple o un edificio complejo, se refiere a una organización soportada en el servicio. En la práctica muchos de los centros de salud comprenden unidades establecidas mucho antes de los programas de atención

primaria a la salud. En los centros de salud se otorga atención a través de maternidades, clínicas de atención a los niños, médicos de zona, laboratorios, hospitales locales y guarderías.

La población mínima necesaria para un centro de salud es de 10,000 habitantes, la única excepción son aquellas áreas con menos habitantes donde hay que recorrer grandes distancias.

Finlandia tiene 213 centros, en donde un centenar cubre a una sola comunidad y el resto a dos o más comunidades.

Muchos centros de salud tienen por lo menos cuatro doctores; el número mínimo para su operación es de 3, asegurando de esta manera que siempre haya un médico en funciones. Son alrededor de once personas por médico las que existen en la estructura del centro de salud. El centro funciona también como un laboratorio y departamento de rayos "X". Muchas de las camas del centro de salud están consideradas para pacientes crónicos, agudos y de observación.

Los hospitales finlandeses no están formalmente divididos entre enfermedades crónicas y enfermedades agudas. Los pacientes crónicos que requieren tratamiento especial son admitidos en hospitales generales.

Gran parte de los hospitales trabajan para la federación de comunidades y cada comunidad miembro de esta federación tiene un número mínimo de camas dispuestos por la ley.

Los subsidios del estado a las comunidades para su trabajo cotidiano conforman alrededor del 50% de los gastos rutinarios. El subsidio está graduado de acuerdo a la prosperidad de la comunidad.

Los pacientes pagan realmente pequeñas cuotas por la atención médica. Los indigentes reciben en forma gratuita su tratamiento.

Para planear y priorizar las acciones de salud, se recurre a la planeación estratégica, y se conforma el Plan Nacional de Desarrollo Estatal para 5 años; a este gran plan se le hacen ajustes anuales de acuerdo a las necesidades urgentes y evidentes del sistema.

El Plan Nacional marca las líneas generales de acción para la atención a la salud, y las líneas específicas de actividades que podrán ser adecuadas, modificadas o ajustadas, según sea el caso.

En este Plan Nacional se determina el número de nuevos empleados, los proyectos de crecimiento en infraestructura más importantes que serán llevados a cabo etc. Del Plan Nacional se desprenden los planes de acción locales y Estatales, los cuales desarrollan con detalle cada una de las acciones que se emprenderán de acuerdo a las líneas generales de acción enmarcadas por el Consejo Nacional de Salud.

Existen fundamentalmente tres áreas de desarrollo establecidas en los Estados: la atención primaria a la salud, la atención hospitalaria (que no incluye a los centros de salud) y la atención a la salud ambiental.

Los planes de salud están supervisados por el Consejo Nacional de Salud donde son avalados por el Ministro de Desarrollo Social y Salud, que a su vez los canaliza a organizaciones centrales (para la competencia de autoridades locales), para su negociación con el Ministro de Finanzas. Una vez negociados los planes con el Ministro de Finanzas se canalizan finalmente

para su aprobación al gobierno.

Cada comunidad elabora sus planes de desarrollo anual, basados en sus requerimientos y en el Plan Nacional de Desarrollo, y esto apegado a las líneas generales de acción establecidas por las autoridades centrales.

Tanto los centros de salud como todas las demás instancias son responsables de elaborar sus propios planes de desarrollo individuales para que más adelante se de la integración. Un ejemplo de lo anterior, son los hospitales centrales que coordinan sus planes de desarrollo con todos los hospitales de distritales.

Los planes de las autoridades locales, están sujetos a la aprobación de los administradores de las provincias.

Mucho del énfasis de los últimos años en la planeación de la atención a la salud está encaminado a los programas de atención primaria.

Toda la población tiene acceso a la atención gratuita sin importar su estado socio-económico. No existe un programa de garantía ó de control de calidad de la atención a la salud a nivel nacional.

Finlandia se ha incorporado a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000. Ello está propiciando que se establezcan programas de atención tendientes a igualar el servicio a toda la población.

Algunas de las estrategias más importantes adoptadas en los últimos años han sido la prevención, la atención primaria y la disminución de los costos de la atención médica a través de la disminución del empleo innecesario de tecnología sofisticada.

En las medidas adoptadas se ha fomentado la participación activa de los ciudadanos y las autoridades locales para la mejor coordinación de las actividades.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

21.- FRANCIA (175-177)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		57,050,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		19,490 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		9.2 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	77
		MUJERES:	79.3
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		8.3
6.	HABITANTES POR MEDICO:		395
7.	ALFABETISMO:		98.8%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL	536	204,800
	H.DE LARGA ESTANCIA	70	92,900
	H.PSIQUIATRICO	98	87,900
	H. LOCALES	352	-
	OTROS	9	-
	TOTAL	1,065	385,600

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Sistema Nacional de Salud en Francia está dividido en dos áreas fundamentales: Atención del paciente externo y hospitalización.

La atención del paciente externo está a su vez subdividida en dos vías; la atención privada, que puede ser otorgada por médicos generales ó especialistas y en la que el paciente paga la totalidad del servicio recibido; y la atención prestada por el departamento de salud, donde los médicos perciben un salario y los pacientes reciben la atención médica en forma gratuita.

La atención hospitalaria es otorgada principalmente en hospitales públicos donde la participación gubernamental es del 65% y la participación autónoma de la institución es del 35%.

El responsable de la atención médica nacional es el Ministerio de la Salud y la Familia.

El financiamiento de los centros de salud proviene principalmente de la seguridad social. El financiamiento de los servicios es como sigue:

- Práctica Privada: donde las cuotas son pagadas en su totalidad por el paciente al momento de recibir el servicio.
- Centros y clínicas: donde los gastos los absorbe el departamento de presupuesto estatal.

- **Hospitales públicos: donde los gastos son pagados con el presupuesto global.**
- **Clínicas de salud privadas: donde los gastos son cubiertos por el paciente.**

Existe un libre acceso al sistema de salud el cual cubre el 100% de la población. En Francia se está desarrollando un programa nacional de aseguramiento de la calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Direction Generale de la Sante
124 rue Sald' Carnot
92170 Vanueze
France

Direction Des Hopitaux
14 avenue Duquerne
75700 Paris
France

Direction de l'Action Sociale
1 place de Fontenoy
75700 Paris
France

Federation Hospitaliere de France
33 avenue d'Italie
75013 Paris
France

22.- FILIPINAS (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		62,860,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITAL/ANUAL		883 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		64
	MUJERES:		65
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		54.2
6.	HABITANTES POR MEDICO:		1002
7.	ALFABETISMO:		88.7%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H. DE URGENCIAS	1,995	85,238
	H. DE LARGA ESTANCIA	14	12,452
		-----	-----
	TOTAL	2,009	97,690

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Departamento de Salud, organismo Federal, tiene la responsabilidad de coordinar el otorgamiento de los servicios de salud. Las autoridades regionales y provinciales tienen delegada la autoridad para administrar los programas de salud establecidos en el departamento de salud.

Los servicios están organizados de tal forma que se otorgan a través de un sistema progresivo de referencia y contrarreferencia. Las referencias van subiendo de acuerdo a la complejidad y evolución de los padecimientos.

Los servicios de salud también son otorgados por la iniciativa privada a través de diferentes instancias establecidas. Los servicios privados están regulados por el departamento de salud.

El financiamiento de los sectores público y privado proviene del gobierno federal y del pago privado respectivamente. Existe un programa de seguro gubernamental que es sustentado en los impuestos.

La atención llevada también es otorgada a través de esquemas de aseguradoras privadas, las cuales en su mayoría, reembolsan al paciente lo gastado en salud.

Los servicios de salud están disponibles a toda la población indistintamente de la capacidad de pago o del nivel de seguro del paciente. El departamento de salud otorga atención médica gratuita a quienes no puedan pagar por recibir el servicio.

No existe actualmente un programa de garantía de calidad de la atención médica en Filipinas.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

**Principal Government Health Agency
Department of Health
San Lazaro Compound
Rizal Avenue
Sta. Cruz
Manilla
Philippines**

**National Medical Association
Philippines Medical Association
North Avenue
Quezon City
Philippines**

**National Health Service Administrators Association
Philippines College of Hospital Administrators
c/o United Doctors Medical Centre
N. Ramirez Street
Quezon City
Philippines**

**National Health/Hospital Association
Philippines Hospital Association
14 Kamias Road
Quezon City
Philippines**

23.- GRAN BRETAÑA (178-187)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		57,390,000 (1990)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		16,100 DLS.
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		6.1 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	76
		MUJERES:	77.4
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		9.5
6.	HABITANTES POR MEDICO:		611
7.	ALFABETISMO:		100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H. GENERALES Y DE URGENCIAS	681	161,194
	H. DE LARGA ESTANCIA	414	39,508
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	541	97,064
	MATERNIDADES	61	3,307
	OTROS	170	12,767
	TOTAL	1,867	313,838

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

El Secretario de Estado para los servicios sociales es responsable ante el parlamento de todo lo relacionado con los servicios de salud.

La organización de los servicios de salud está definida a través de 14 autoridades regionales de salud y 190 autoridades distritales de salud, coordinadas y supervisadas por el Secretario de Estado, quien a su vez es responsable de todos estos equipos de trabajo.

En la administración del sistema de salud existen dos consejos que apoyan al Secretario de Estado; El Consejo Supervisor del Sistema Nacional de Salud, quien define las líneas estratégicas a seguir y el Consejo Administrador del Sistema Nacional de Salud, quien asiste y supervisa el manejo administrativo de los hospitales y los servicios de salud comunitaria a través de las comunidades de salud.

Las autoridades de salud regionales están coordinadas entre sí y participan con funciones de asesoría, supervisión y control de las actividades desarrolladas.

Los servicios de atención a la salud están financiados por empleados y empleadores. El sistema de atención a la salud es financiado de acuerdo con el siguiente esquema:

- Empleados y Empleadores 83%
- Sistema Nacional de Salud 13%
- Otros 4%

El acceso a los servicios de salud es para cualquier ciudadano sin importar su condición socioeconómica.

Existe un programa de garantía de calidad de la atención médica que contempla cerca de 400 indicadores de evaluación.

El Secretario de Estado para los servicios sociales, a través de los departamentos de salud y seguridad social, distribuye geográficamente a las autoridades de salud regionales y a los comités de práctica, de acuerdo a las necesidades de cada área.

Las autoridades de salud regionales trabajan con base a la planeación estratégica propia para cada región, designando los recursos a cada distrito, monitoreando las actividades y algunas funciones de administración, particularmente en ciertos servicios de especialidad como es por ejemplo el servicio de transfusión de sangre.

Las autoridades de salud distrital tienen el compromiso de identificar los requerimientos de salud y definir las estrategias para proveer la atención que se requiera.

Cada Distrito está dividido en diferente número de unidades administrativas, que son a su vez responsables de la administración diaria de los servicios. Estas unidades normalmente cubren aspectos de la atención a la salud, por ejemplo el número de hospitales pequeños, los servicios a la comunidad para la salud mental, etc.

Los médicos familiares, dentistas, optometristas y farmacéuticos, trabajan también en forma independiente y no son necesariamente empleados por el comité familiar de salud de la comunidad, como tampoco por el servicio de salud nacional.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Department of Health and Social Security
Alexander Fleming House
Elephant and Castle
London SE1 6BY
UK

National Medical Association
British Medical Association
BMA House
Tavistock Square
London WC1H 9JP
UK

National Nurses Association
Royal College of Nursing of the UK
20 Cavendish Square
London W1M6AB
UK

The Institute of Health Services Management
75 Portland Place
London W1N 4AN
UK

24.- GRECIA (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	10,500,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	5,990 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	77
	MUJERES:	77
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	11
6.	HABITANTES POR MEDICO:	300
7.	ALFABETISMO:	93.2%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
		NUMERO CAMAS CENSABLES
	H.GENERALES Y DE CORTA ESTANCIA	553 40,365
	PSQUIATRICOS	60 12,794
	H. DE TUBERCULOSIS	9 3,003
	H.DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS	4 902
	H.DE SERVICIOS MIXTOS	74 3,003
	TOTAL	700 60,067

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Los servicios de atención hospitalaria no son considerados como una función exclusiva del Estado. Los hospitales privados como empresa, ocupan una posición importante en la atención de los enfermos.

Existe una muy amplia variedad de esquemas de seguros médicos que trabajan bajo supervisión y control gubernamental. La oferta de servicios de salud para la población agrícola está aportada en un esquema de seguro gubernamental. De igual forma existen diferentes opciones de seguros para el personal profesional que trabaja en forma individual o en organizaciones.

En términos de distribución de camas, es muy notorio que el 43% de éstas pertenecen a hospitales de corta estancia así como a hospitales de especialidad, el 16% pertenece a hospitales no lucrativos y el 41% a hospitales gubernamentales.

Más de la décima parte de la población en Grecia es admitida en un hospital por diversas causas cada año, de este total poco más de la mitad ingresa a hospitales no gubernamentales, (36% en privados, 16% en no lucrativos) y 48% en gubernamentales. La mayoría de los pacientes, es decir cerca del 89% son admitidos en hospitales generales de corta estancia y en hospitales de especialidad.

No existe actualmente un estudio que permita identificar el costo de operación de los hospitales en Grecia.

Los hospitales en Grecia no son administrados por especialistas o maestros en administración de hospitales.

La organización hospitalaria está diseñada con base tanto en la experiencia de las necesidades del lugar como por los eventos críticos de salud frecuentes de la región.

La expectativa de los pacientes es que en los hospitales exista tanto calidad como cantidad de servicios a su disposición.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

25.- HONG KONG

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		5,913,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		6,910 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		9.4
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	74.1
		MUJERES:	79.6
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		8
6.	HABITANTES POR MEDICO:		N/D
7.	ALFABETISMO:		N/D
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H. DEL GOBIERNO	15	11,880
	CENTROS DE SALUD DEL GOB.	23	405
	H. DE ASISTENCIA	20	9,601
	HOSPITALES PRIVADOS	11	2,599
	CASAS DE MATERNIDAD	1	65
		----	-----
	TOTAL	70	24,550

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Sistema de Atención a la Salud es administrado por el Gobierno. Los servicios médicos para el público están subsidiados por los impuestos que recibe el Gobierno y disponibles para todos los residentes, sin importar su situación socioeconómica.

Los pacientes tienen que pagar cuotas determinadas por los tratamientos médicos. Un ejemplo de lo anterior es que en 1990 el precio día/cama para un paciente era de 53 U.S.dls. promedio, lo cual incluía tratamiento, medicinas y alimentos.

El Departamento de atención médica del Gobierno de Hong Kong está responsabilizado de la atención de la salud pública. Además de lo anterior, existen cuerpos de voluntarios que también ofrecen atención médica para el público en general. Estas organizaciones reciben subsidio del Gobierno de Hong Kong y las cuotas por sus servicios están razonablemente igualadas a las ya existentes otorgadas por los servicios médicos gubernamentales.

Los servicios de salud del Gobierno para pacientes externos están coordinados en todo Hong Kong así como en Kowloon y en los nuevos territorios. Una clínica estándar incluye departamento de consulta externa general y un centro de salud familiar con o sin maternidad dependiendo de las necesidades del área.

En las áreas más populares, existen policlínicas o clínicas de especialidad que otorgan atención a pacientes de consulta externa que así lo requieren. En las tardes y los fines de semana existen servicios de atención médica en las áreas de mayor índice demográfico.

En los nuevos territorios así como en las áreas más remotas se encuentran servicios de salud

En los nuevos territorios así como en las áreas más remotas se encuentran servicios de salud móviles denominados dispensarios, así como clínicas improvisadas de estancia temporal. Existe un cuerpo de helicópteros que otorga servicios médicos a las poblaciones y comunidades más inaccesibles. Aquellos casos que requieran tratamiento urgente en el hospital, son transportados por estos helicópteros a los hospitales de las áreas urbanas.

Aunado a lo anterior, existen 20 hospitales que están construidos y administrados por voluntarios. Estos hospitales están subsidiados por fondos del Gobierno tanto en su capital como en sus gastos recurrentes. Ellos juegan un rol complementario en el otorgamiento de la atención médica.

Los servicios de atención a la salud son financiados por los impuestos del Gobierno. El gasto total estimado en servicios de salud por el gobierno de Hong Kong equivale al 9.4% del gasto total del Gobierno. El acceso a los servicios de salud está disponible para todos los ciudadanos de Hong Kong sin importar su situación financiera ó de seguros.

No existe un programa nacional de aseguramiento de la calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Hong-Kong Government Medical and Health Department
Sunning Plaza, 4th-13th floors
10 Hysan Avenue, Causeway
Hong Kong

26.- HOLANDA (193-198)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		15,065,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		17,320 DLS.
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		8.6%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		77
	MUJERES:		79
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		7
6.	HABITANTES POR MEDICO:		414
7.	ALFABETISMO:		100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H. PSIQUIATRICOS	82	24,498
	H. DE ENSEÑANZA	8	7,715
	HOSPITALES GENERALES	143	55,360
	HOSPITALES DE ESPECIALIDAD	45	5,408
		-----	-----
	TOTAL	278	92,981

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Gobierno Federal es responsable del financiamiento y control de la mayor parte de los servicios de salud de Holanda. En general los hospitales y otras instituciones de atención a la salud están organizadas en los niveles básico, primario y secundario. Los hospitales están respaldados por asociaciones y organizaciones o por los municipios o las provincias.

El Ministerio Federal establece metas para los servicios de salud y regula a los proveedores de servicio para el cumplimiento de estas metas. Todos los hospitales gubernamentales tienen su presupuesto basado en el Gobierno Federal.

La atención a la salud en Holanda es otorgada tanto por los programas de desarrollo federal, como por los seguros privados. El programa federal otorga atención médica para los empleados con ingresos menores al que se determina anualmente (60% de la población). La atención en los servicios de emergencia es independiente del ingreso.

Los seguros privados están disponibles para toda la población y no están cubiertos en el Programa Federal General de Atención a la Salud.

Para enfermos mayores de 65 años de edad el Gobierno Federal estableció un sistema de cobertura especial. Los programas federales pueden requerir en algunos casos, que la contribución personal sea pagada.

Holanda está llevándose a cabo un proceso de cambio donde se pretende incorporar un programa nacional de aseguramiento de la salud.

El crecimiento de los servicios de consulta externa y la reducción del tiempo de espera, son objetivos que seguramente se cumplirán en los próximos años.

El Gobierno intenta incrementar el número de camas hospitalarias de 3.4 por 1,000 habitantes a 5.8 por 1,000 habitantes.

Las autoridades locales y regionales son responsables de asegurar que los servicios de salud otorgados cumplan con los estándares nacionales de calidad.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

National Hospital Association of the Netherlands

Nationale Ziekenhuisraad

Postbus 9696

3506 GR Utrecht

The Netherlands

National Hospital Institute

National Ziekenhuisinstituut

Postbus 9697

3506 GR Utrecht

The Netherlands

Central Body for Health Care Charges

Centraal orgaan Tarieven Gezondheidszort

Postbus 3017

3502 GA Utrecht

The Netherlands

The Health Council

Gezondheidsraad

Postbus 90517

2509 LM Den Haag

The Netherlands

Royal Dutch Medical Association

Koninklijke Nederlandse Matschappij

ter bevordering van de Geneeskurst

Postbus 2005

3502 LB Utrecht

The Netherlands

Ministry of Welfare, Health and cultural Affairs

Sir Winston Churchillaan 368

PO Box 5406

2280 HK Rijswijk

The Netherlands

27.- HUNGRÍA (199-204)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		10,589,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		2,780 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		3.9 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		71
	MUJERES:		73.6
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		15
6.	HABITANTES POR MEDICO:		324
7.	ALFABETISMO:		98.9%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H. GENERALES DE URGENCIAS	124	73,648
	H. DE LARGA ESTANCIA	19	17,484
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	5	13,678
	TOTAL	148	104,810

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Sistema de Atención a la Salud es administrado a nivel nacional, estatal y local.

A nivel estatal y municipal, el Ministro de Seguridad Social y Salud es responsable del control administrativo sobre todos los servicios de atención médica. El supervisa a las instituciones de atención médica tanto en forma directa como a través de departamentos de comités de expertos. La supervisión estatal es realizada por medio de departamentos de salud de las áreas metropolitanas, estatales, municipales y locales. La supervisión al quehacer profesional es realizada por el Ministro a través de los Institutos Nacionales de Salud (uno para cada especialidad), Centros Regionales, así como por supervisores especializados destinados para ello.

Los Servicios de Atención a la Salud están financiados por fondos del gobierno, fundamentalmente por vía de los impuestos.

En 1989 el 75.8% del presupuesto en Salud fue invertido en la operación misma de las Instituciones de Atención a la salud, mientras que el 24.2% en el mantenimiento de la operación.

La Atención a la Salud está orientada hacia una línea de progreso, procurando asegurar que el paciente reciba el más alto nivel de atención médica y de sofisticación tecnológica determinada por las necesidades del padecimiento. El primer nivel es la atención primaria, la cual es respaldada por los hospitales municipales y estatales si hay necesidad de atención más sofisticada. Se cuenta con el apoyo de las clínicas universitarias, de los Centros Regionales y de los Institutos Nacionales de Salud.

El Sistema también integra servicios de consulta externa, con pacientes que no requieren de hospitalización. Existe un equipo de médicos que actúan bajo la dirección de un médico

encargado del Hospital Regional de Zona, que realizan visitas a domicilio y participan en la atención médica comunitaria. En este sentido, cada equipo es responsable del otorgamiento de la atención médica a grupos de población definidos.

El acceso a los servicios de salud está disponible para toda la población sin importar su estado socioeconómico o de aseguramiento. No existe en el país un programa de aseguramiento de la calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
 Szociális es Egészségügyi Miniszterium
 (Ministry of Social Affairs and Health)
 1361 Budapest, P O B 1
 Hungary

National Medical Association
 Magyar Orvostudományi Társaságok es Egyesületek Szövetsége - MOTESZ-
 (Federation of Hungarian Medical Societies and Associations)
 1361 Budapest, P O B 32
 Hungary

Hungarian Nursing Association
 Magyar Ápolási Egyesület
 1051 Budapest, Munnich Ferenc u 32
 Hungary

National Association of Economic Managers of Health Institutions
 Egészségügyi Intézmények Gazdasági Vezetőinek Országos
 Egyesülete
 Kutvolgyi ut 2-4
 1125 Budapest
 Hungary

28.- INDIA (205-211)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	849,638,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	350 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	2.1%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	59
	MUJERES:	59
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	92
6.	HABITANTES POR MEDICO:	2418
7.	ALFABETISMO:	48.2%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	NO SE REPORTO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La salud está considerada como un elemento determinante del desarrollo de la comunidad. El Gobierno ha hecho esfuerzos para aumentar la cobertura de servicios y poder ofrecerlos, cada día, a más habitantes.

Los servicios de salud están constituidos por hospitales, campos de salud, zonas domiciliarias, programas de atención a domicilio y centros de salud.

Los voluntarios de salud comunitarios actúan como intermediarios entre la comunidad y los servicios de salud. Existe un Centro de Salud de Atención Primaria para 100 villas con una cobertura aproximada de 50,000 personas. Los Centros de salud de atención primaria forman parte del Programa de Desarrollo comunitario y del propio desarrollo nacional.

En los Centros de Atención primaria a la Salud, el médico es el líder y responsable del equipo de salud.

Existe un programa de monitoreo y evaluación de los servicios de salud que funciona con base en el modelo establecido por el contexto socio-cultural de la India.

Una participación muy importante de la Escuela de Medicina en la India, es la responsabilidad que asumió en la Atención a la Salud en regiones específicas.

Al igual que los Colegios de Medicina de la India, los Centros de Salud están distribuidos por áreas. Estas áreas son usadas en el entrenamiento de los estudiantes de medicina. Generalmente existen tres Centros de Salud en cada área.

La Atención a la Salud es otorgada a través de redes existentes establecidas en coordinación con las autoridades locales. La mayoría de los administradores de los hospitales son médicos que dedican del 60 al 70% de su tiempo a las actividades de orden administrativo.

La atención a la salud en la India es otorgada por el Gobierno, libre de costo alguno. Practicantes de varios sistemas de medicina ofrecen sus servicios al público.

El gasto en salud per cápita es de 15 rupias anuales. En el Gobierno de 1989, se gastaron aproximadamente 600 millones de rupias en el Programa de Salud anual. Este gasto incluye otros sectores como Atención Nutricional, Servicios Escolares de Salud, y otros.

Existe un estricto control financiero del ejercicio presupuestal de los hospitales públicos, a través del Departamento de Salud del Estado. En el caso de los Hospitales Privados, este control está establecido por los Consejos de Administración.

Muchos de los hospitales reportan problemas para reclutar personal motivado y empleados motivados que proporcionen servicios adecuados.

La evaluación de los servicios de salud y en particular, de la atención médica institucional, ha cobrado una importancia considerable en los últimos años, sin embargo, no se ha establecido un programa nacional de control de la calidad.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

The Indian Hospital Association
C11/72, Shahjahan Road
New Delhi 110011
India

29.- INDONESIA (212-214)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	187,765,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	590 DLS.
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	2%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	62
	MUJERES:	53
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	81
6.	HABITANTES POR MEDICO:	7386
7.	ALFABETISMO:	77.6%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES CENTRALES	2 2,350
	H.GENERALES DE PROVINCIA	13 10,500
	H.GENERALES REGIONALES	43 6,000
	H. REGIONAL PEQUEÑOS	221 16,500
	---	-----
	TOTAL	279 35,350

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La Atención Primaria a la Salud es el elemento básico para mejorar en Indonesia el estándar de vida. Los Centros de Salud están disponibles para toda la población a lo largo del territorio nacional. Existe por lo menos un Centro de Salud en cada Distrito y esto significa que alrededor del 80% de la población está en comunicación con un médico o un paramédico.

Los hospitales a nivel provincial y regional se han organizado y funcionan a través de un sistema de referencia y contrarreferencia de los Centros de Salud.

Dentro del esquema de salud de la provincia en Indonesia, se ha establecido como meta para la década de los 90, que 6 de cada 10 niños sean vistos por un trabajador de la salud por lo menos cada mes hasta cumplir los 6 años, comparado esto con la frecuencia de 1 de cada 10 en la década de 1980.

La presencia tanto de salud como de planificación familiar en la comunidad, se debe en gran parte a la labor realizada por voluntarios y trabajadores de la salud, lo que ha permitido hacer predicciones sobre la eficiencia y el impacto de los servicios de salud.

Es una política nacional que los Centros de Salud estén operando con supervisión del Gobierno, haciendo posible esto a través de programas de trabajo extramuros de los hospitales regionales.

Los centros de salud son responsables tanto del tratamiento de las enfermedades como de su prevención. Las camas hospitalarias varían de acuerdo a la clasificación de los pacientes: clase uno es 1 cuarto sencillo, clase dos es un cuarto con 2 ó 3 camas, clase tres es un cuarto de 4 a 6 camas y clase cuatro es un cuarto abierto para más de 6 camas.

Las cuotas de medicamentos, estudios patológicos, estudios de Rx y cirugía dependen de la situación socioeconómica del enfermo; en caso de pobreza extrema, los tratamientos son totalmente gratuitos. Muy poca gente tiene la posibilidad de ser atendida en forma totalmente gratuita.

Los hospitales privados juegan un papel importante en la oferta de servicios de salud, sin embargo su participación no está incluida o considerada en los planes regionales de desarrollo.

Está considerado que muchos de los problemas de administración en los hospitales tienen su origen en la estructura administrativa y en el entrenamiento del personal administrativo y directivo de los hospitales. La mayoría de los directores de hospitales son médicos graduados que usualmente son seleccionados por su capacidad en el área médica y son propuestos por el staff para un período de 2 a 4 años.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

30.- IRLANDA (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	3,540,643 (1991)	
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	9,550 DLS	
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	7%	
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	74	
	MUJERES:	75	
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	7	
6.	HABITANTES POR MEDICO:	681	
7.	ALFABETISMO:	100%	
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GRALES. DE URGENCIAS	69	11,415
	HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA	44	7,275
	HOSPITALES PSQUIIATRICOS	22	9,200
	HOSPITALES DE DISTRITO	40	2,012
	TOTAL	175	29,902

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Los servicios de salud son ofertados con bases regionales a través de 8 Consejos de Salud y un número de organizaciones voluntarias también asisten en el otorgamiento de algunos servicios de salud incluyendo atención hospitalaria y servicios para incapacitados.

El Departamento de Salud tiene la responsabilidad de ofrecer la atención médica a la población. Los consejeros de salud tienen la responsabilidad de ofrecer los servicios en primera instancia a nivel local.

Los servicios de atención a la salud son financiados por los impuestos y un esquema de seguros de salud gubernamental.

El Departamento de Salud distribuye los fondos para los Consejos de Salud que ofrecen los servicios con bases regionales. El Departamento también otorga todos los fondos recabados por voluntarios para la atención hospitalaria tanto en servicios médicos, mentales e incapacitados, como en cualquier otra especialidad. Existen varias organizaciones voluntarias que ofrecen sus servicios para recabar fondos que serán distribuidos por el Departamento de Salud.

El acceso a los servicios de salud está dividido en tres categorías: En la categoría uno, se tiene acceso a todos los servicios; en la categoría dos están incluidas las cuotas de servicios hospitalarios de algunas especialidades, los servicios de consulta externa, los servicios de maternidad y atención infantil y el tratamiento terapéutico; en la categoría tres están incluidos todos los servicios médicos con la excepción de que el paciente también debe pagar las consultas al médico durante el embarazo.

Los servicios de medicina en general son ofrecidos por médicos generales que pueden prescribir los medicamentos, aplicar tratamientos y en general ejercer su profesión con la posibilidad de cobrar sus honorarios. Así el paciente está incluido en un esquema de seguro privado o gubernamental. La empresa o el gobierno son quienes le pagan sus honorarios a los médicos.

Irlanda no dispone actualmente de un programa de garantía de calidad de la atención médica otorgada.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Department of Health
Custom House
Dublin 1
Ireland

National Medical Association
Irish Medical Organisation
10 Fitzwilliam Place
Dublin 2
Ireland

National Nurses Association
Irish Nurses Organisation
20 Lower Leeson Street
Dublin 2
Ireland

31.- ISRAEL (215-218)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	49,075 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	10,920
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	7.5%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	76
	MUJERES:	77
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	10
6.	HABITANTES POR MEDICO:	345
7.	ALFABETISMO:	91.8%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
		NUMERO
	H.GUBERNAMENTALES Y MUNICIPALES	37
	HOSPITALES "KUPAT HOLIM"	14
	HOSPITALES DE ATENCION VOLUNTARIA	7
	HOSPITALES DE MISIONEROS	7
	HOSPITALES PRIVADOS	55

	TOTAL	120
		CAMAS CENSABLES
		11,698
		4,867
		1,785
		683
		5,986

		25,019

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Ministerio de Salud tiene bajo su responsabilidad la supervisión de todo el Sistema de Salud del Estado de Israel y dispone, entre los servicios que ofrece, de 5,000 camas en hospitales generales.

Las autoridades locales están vinculadas a servicios tales como atención materna e infantil, salud escolar, y otros. Existen organizaciones voluntarias que disponen de hospitales fuera y dentro de Jerusalén; todos los hospitales generales están incluidos en este modelo.

El sector privado otorga mucha de la atención médica de larga estancia, la cual es muy común en enfermedades mentales.

El financiamiento de la atención médica en Israel tiene una influencia dominante en Kupat Holin y esto repercute tanto en el presente como en el futuro desarrollo del Sistema de Salud Israelí. Kupat Holin otorga la atención médica del 80 al 85% de la población; el resto es otorgado por pequeñas Instituciones de salud como son Macabee, Meuhedet y Leumi.

Todos los miembros de la Federación General del Trabajo, organización estrictamente para trabajadoras de la agricultura, son automáticamente miembros del Kupat Holin, pero otros grupos tales como los empleados independientes, sus familiares y el personal militar sólo pueden recibir atención médica por el sistema Kupat Holin a través de arreglos especiales.

El Sistema de Salud Israelí está basado en los sistemas americano y europeo, los cuales permiten, entre otras cosas conocer los beneficios y los riesgos de cada actividad de este sistema.

El presupuesto para el Ministerio de Salud se compone en un 40% de fondos gubernamentales y 60% de la venta de servicios a fundaciones para la salud, de instituciones privadas y de otras. Casi toda la población recibe atención médica a través de una fundación para la salud, así quienes no tienen forma de pagar los servicios de una fundación para la salud, reciben la atención médica gratuita a través de las instituciones gubernamentales.

La atención primaria a la salud es otorgada en 105 clínicas de atención primaria a la salud, 35 de estas están localizadas en áreas urbanas y las 70 restantes en provincias y zonas marginadas.

La atención domiciliaria es única en Israel, y está coordinada con la atención hospitalaria y la comunidad en sí.

Médicos, enfermeras y trabajadores sociales, forman un equipo que tiene la responsabilidad de atender por zonas geográficas específicas en coordinación con la comunidad, ya que ésta conoce los límites de las áreas y las necesidades del lugar, tanto en enfermedades agudas como en padecimientos crónicos y de rehabilitación.

La visita a la casa del enfermo es siempre hecha con un equipo de atención médica, equipo que es a su vez coordinado y supervisado por el Director Médico del hospital, el Director Administrativo del hospital, el Director Médico de atención primaria a la salud y el Director de Personal. Los pacientes que así lo requieren son referidos a policlínicas regionales o al departamento de consulta externa del hospital local para otros servicios de diagnóstico y atención especializada.

El Sistema Nacional de Salud es financiado por un mecanismo de seguridad social con las contribuciones de empleados y patronos. El único cargo que corre a cuenta del paciente está en la prescripción de los medicamentos. El reciente incremento en los recursos para la atención primaria a la salud ha repercutido en una reducción de costos de operación hospitalaria; esto ha generado el planteamiento de nuevas estrategias para abatir costos de otras áreas de la atención a la salud. Actualmente hay mucha investigación en el conocimiento de las causas de la enfermedad, en la demografía, en las tendencias y conocimientos sobre cuáles deben de ser los puntos críticos de desarrollo en la atención primaria a la salud.

En Israel está en proceso de desarrollo e instrumentación un programa nacional de aseguramiento de la calidad. Actualmente existe un programa parcial con diferentes grados de avance en cada uno de los niveles de la atención médica.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Ministry of Health
2 Ben Tabai Street
Jerusalem 93591
Israel

National Medical Association
Israel medical Association
Beit Harofe
1 Heptman Street
Tel Aviv 64737
Israel

32.- ITALIA (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	57,128,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	16,830 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	6.1%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	77
	MUJERES:	77
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	9
6.	HABITANTES POR MEDICO:	234
7.	ALFABETISMO:	97.1%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	H. GENERALES DE URGENCIAS	1,051
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	1,149
	-----	-----
	TOTAL	2,200
		464,261

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Dentro de los servicios de administración pública en Italia están incluidos los servicios de salud, mismos que a su vez están organizados en cuatro niveles; el primero de ellos es el nivel central, los otros tres son niveles periféricos: el nivel estatal, consejo regional, consejo provincial y consejo capitalino.

El Estado Italiano está dividido en 20 consejos regionales. Cada consejo regional está dividido a su vez en varios consejos provinciales, los cuales a su vez están divididos en varios consejos capitalinos, los consejos capitalinos son la unidad mínima administrativa de salud.

El consejo capitalino tiene su función donde los servicios de salud están concentrados. Los consejos estatales y regionales también están encargados de operaciones de salud específicas; la responsabilidad del director de estos consejos es la planeación para el desarrollo de los servicios de salud.

El líder principal de todo el sistema de salud es el Ministro de Salud, quien tiene la responsabilidad de planear las metas de los servicios de salud nacionales con la colaboración y participación de los diversos cuerpos de apoyo técnico.

El Plan de Salud nacional para tres años establece las líneas generales de acción y las grandes estrategias del servicio de salud nacional. El Ministro de Salud debe hacer compatible estas líneas con el Programa Económico Nacional.

Los consejos regionales son responsables de coordinar la operación de los servicios de salud en las áreas que están bajo su responsabilidad en relación a los aspectos económicos, sociales y organizacionales ya establecidos, supervisando el control de costos, servicios y beneficios relevantes correspondientes.

Las unidades de atención a la salud locales trabajan en forma asociada con los consejos capitalinos y con diversas asociaciones locales o grupos de las áreas suburbanas.

Los delegados estatales tienen la responsabilidad de definir tanto las áreas bajo las cuales habrá el control de diferentes unidades de atención a la salud, como de quienes deben de hacer consultas con los cuerpos locales correspondientes, respetando los principales criterios establecidos por el Estado.

La cobertura de la población por las unidades de atención debe ser de 50 a 300 mil habitantes.

Los servicios de atención a la salud están financiados por fondos del gobierno, tanto de impuestos como por otros ingresos.

El servicio de atención a la salud nacional italiano está basado en cuatro diferentes mecanismos de financiamiento:

- 1.- Cada trabajador independiente ó patrón puede pagar su cuota.
- 2.- Cada patrón, no importa que sea del área pública o privada, debe pagar una cuota adicional por cada uno de sus empleados.
- 3.- Los trabajadores pueden pagar un impuesto adicional que les garantiza la atención a la salud por el Estado; a esto se le ha llamado impuesto de salud.
- 4.- El Gobierno dispone de un presupuesto adicional para cubrir determinadas necesidades específicas, cuando éstas se presentan.

Los fondos son reunidos y concentrados por el Gobierno, quien los distribuye a su vez a las diferentes regiones de acuerdo a las necesidades locales de atención a la salud.

El acceso a los servicios de salud está disponible para todos los enfermos independientemente de su estado socioeconómico ó de su aseguramiento ó no de la salud.

El país no dispone de un programa de aseguramiento de la calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Istituto Superiore di Sanita
Viale Regina Elena 229
00161 Roma
Italy

ISPESL
Via Urbana 167
00184 Roma
Italy

National Nurses Association
Consociazione Nazionale Infermeri ed Operatori Socio
Sanitari Via Arno 62/64
00198 Roma

Italy

National Health Service Administrators Association
CIDA-SIDIRSS
Via Nazionale 75
00184 Roma
Italy

ANCI Sanita
Via Prefetti 46
00186 Roma
Italy

National Health/Hospital Association
ANMCO
Via Santa Monaca 2
50124 Firenze
Italy

Societa Italiana Chirurgia
c/o Policlinico i Clinica Chirurgica
Umberto 1
00161 Roma
Italy

33.- JAMAICA (219-220)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	2 366 000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	1 500 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	8%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	73
	MUJERES:	73
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	16
6.	HABITANTES POR MEDICO:	2095
7.	ALFABETISMO:	98.4%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	

NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En Jamaica existen Consejos Regionales que participan en un proceso de descentralización de la autoridad, lo anterior para establecer administraciones regionales y coordinación con los servicios locales, tanto de atención curativa como preventiva.

Los Consejos Regionales están basados en áreas geográficas con la cobertura a poblaciones específicas y con el mecanismo de referencia para casos de especialidad a las clínicas del área.

En la actualidad los servicios de salud pública están dispuestos fundamentalmente para proteger a la población de enfermedades transmisibles a través de identificar y tratar los mecanismos que intervienen en su transmisión.

El Ministro de Salud Pública es una parte integrante de la estructura administrativa del Gobierno, su contribución es principalmente en el desarrollo económico global. El recibe una parte del presupuesto, que representa aproximadamente el 8% del total del producto nacional bruto.

En Jamaica existe un seguro nacional de salud que es un modelo de la Legislación Social nacida del movimiento que generó la ley de compensación de los trabajadores, en la que el Gobierno tiene el compromiso de dar gratuitamente atención médica sin ningún cargo a los trabajadores y a sus familias. La contribución de los patrones y de los empleados conforma el fondo principal de donde se paga la asistencia social.

La estructura y principios de la atención primaria a la salud otorgada en Jamaica está organizada a través de centros de salud clasificados en cuatro categorías, descritas a continuación:

Centro de salud tipo 1. Aquí se otorga servicio a la población de más de 40,000 habitantes. Es el organismo principal de salud de la comunidad y tiene bajo su responsabilidad la atención de toda la salud básica.

Centro de salud tipo 2. Este sirve a una población de alrededor de 12,000 habitantes. Su actividad es especializada si la comparamos con el centro de salud tipo 1, dispone de un inspector en salud pública para vigilar su operación.

Centro de salud tipo 3. La oficina central de salud del Distrito, sirve a una población de alrededor de 20,000 habitantes en coordinación con los centros tipo 1 y 2. En este centro se encuentra un médico, una enfermera y un dentista permanentemente.

Centro de salud tipo 4. En este centro se realiza la administración de los programas de salud de la comunidad.

No existe un programa de salud de garantía de calidad de la atención médica otorgada.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

34.- JAPON (221-222)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	123.921.000(1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	25.430 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	5%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	79
	MUJERES:	80
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	5
6.	HABITANTES POR MEDICO:	609
7.	ALFABETISMO:	100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GENERALES	8,527
	HOSPITAL DE PSIQUIATRIA	1,026
	HOSPITAL DE TUBERCULOSOS	27
	HOSPITAL DE LEPROSOS	16
	HOSP. ENF. INFECCIOSAS	12
	TOTAL	9,608
		1'080,419
		247,702
		2,640
		10,471
		906
		1'342,138

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de atención a la salud es administrado fundamentalmente por el sector privado; el 80% de los hospitales y el 95% de las clínicas son privadas.

Los responsables de otorgar la atención a la salud son, a nivel nacional; el Ministro de Salud y Bienestar Social, a nivel estatal; los departamentos de salud del gobierno, y a nivel municipal; el Gobierno Municipal.

Existe un riguroso control a nivel nacional, sin embargo la planeación de la salud se ha convertido en una prioridad en la línea de acción del Gobierno.

La participación del gobierno municipal es muy importante en los servicios de salud pública que se ofrecen en Japón. El sector público tiene una autoridad regulativa, aunque también participa en la operatividad de algunos hospitales.

Los servicios de atención a la salud son financiados por el seguro de salud gubernamental, así como por los fondos contra la enfermedad de los patrones y los empleados, pero básicamente ofrece la misma cobertura y servicios que el esquema gubernamental.

El porcentaje de fondos que contribuyen en cada nivel para los gastos totales son:

-	GOBIERNO NACIONAL	27.1%
-	GOBIERNO LOCAL	6.3%
-	CUOTAS DE SEGUROS	54.3%
-	CARGO AL PACIENTE	12.0%
-	OTROS	0.3%

El acceso a los servicios de salud está disponible para todos los ciudadanos, sin importar su estado financiero ó de seguro del propio paciente.

El seguro de salud es parte de la cultura del pueblo Japonés pero existe un subsidio gubernamental para la gente desempleada. Virtualmente todos los servicios están considerados bajo un esquema de seguros.

Existe un programa de garantía de la calidad y atención médica que se otorga en Japón desde hace más de 10 años.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Ministry of Health and Welfare
Kasumigaseki 1-2-2
Chiyodaku
Tokyo 100
Japan

National Medical Association
Japan Medical Association
Surugadai 2-5
Chiyodaku
Tokyo 101
Japan

National Nurse's Association
Japan Nurse's Association
Jingumai 5-8-2
Shinbuyaku
Tokyo 150
Japan

National Health Service Administrators Association
Japan Hospital Association
Kojimachi 2-14
Chiyodaku
Tokyo 102
Japan

National Health Hospital Association
Japan Hospital Association
Kojimachi 2-14
Chiyodaku
Tokyo 102
Japan

35.- JORDANIA (223-224)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		4.145.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		1.240 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		6.7%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	67
		MUJERES:	71
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		51
6.	HABITANTES POR MEDICO:		632
7.	ALFABETISMO:		80.1%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GUBERNAMENTALES	16	2,464
	SERVICIOS MEDICOS	4	900
	HOSPITALES PRIVADOS	26	1,388
		---	----
	TOTAL	46	4,752

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En Jordania existe un apoyo financiero importante de la comunidad europea para el otorgamiento de los servicios de salud. De igual forma participa el Fondo Monetario Internacional, la Fundación Arabe para el Desarrollo Económico y Social y Fundaciones de Estados Unidos, Francia, Bélgica, Italia y Taiwan.

Los servicios de salud por sí mismos han estado hasta ahora bajo la múltiple responsabilidad del Ministro de Salud, los Servicios Médicos Reales, la Escuela de Medicina de la Universidad, el sector privado y varios organismos independientes, que participan contribuyendo de una forma u otra en la salud de la población de Jordania.

La institución médica nacional toma la responsabilidad de la atención médica otorgada en los hospitales así como los compromisos del Ministro de Salud, los Servicios Médicos Reales, y el Hospital Universitario.

Los Centros de Salud operan principalmente bajo la supervisión del Ministro de Salud. Sin embargo la responsabilidad para el control y supervisión de la operatividad de los servicios de salud por otras organizaciones es todavía incierta, pero es a través del Ministro de Salud que se están llevando a cabo las acciones recomendadas por la Organización Mundial para la Salud.

Los Servicios Médicos Reales en relación a esto son los que proveen la atención médica de la más alta especialidad.

El sector privado, con pocas excepciones, está básicamente concentrado en la ciudad de Amman, pero este sector está experimentando severos problemas, ya que compite con el excelente servicio que ofrecen los Servicios Médicos Reales.

La inversión total del Gobierno de Jordania en el Plan de Gobierno a 5 años (1986-1990) fue estimada en alrededor de 3,175 millones de DLS. de los cuales 39% fueron gastados en salud, bienestar y educación.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES DE ATENCION A LA SALUD:

Ministry of Health
Ministry of Health Medical Stores
PO Box 8759
Amman
Jordan

Royal Medical Services
Royal Jordanian Medical Supplies
Amman
Jordan

Central Tenders Committee
University of Jordan
University Street
Amman
Jordan

Jordan Science and Technology University
Irbid
Jordan

36.- KENYA (225-227)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	25.905.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	370.0 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	2.5 %
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	59
	MUJERES:	56
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	67
6.	HABITANTES POR MEDICO:	7313
7.	ALFABETISMO:	59.2%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES PUBLICOS	104
	HOSPITALES DE BENEFICENCIA	87
	HOSPITALES PRIVADOS	63
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	2
	CENTROS DE SALUD RURAL	369
	BENEFICIENCIAS PUBLICAS Y PRIV.	1,367
	TOTAL	1,992
		18,000
		5,000
		3,000
		1,678
		1,200
		10,800
		39,678

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Ministro de Salud es la autoridad que tiene la responsabilidad primordial del desarrollo de los servicios de atención a la salud; sin embargo la implementación de los programas de atención a la salud es operada y supervisada por cada oficial médico de provincia y su equipo a nivel provincial y el oficial médico de salud y su equipo a nivel distrital.

Desde la perspectiva distrital, son iniciados muchos de los proyectos que tendrán su impacto tanto a nivel distrital como a nivel local.

El hospital es el centro nervioso de la atención a la salud a nivel de área de jurisdicción, respaldado por 30 a 40 clínicas de apoyo, las cuales son prácticamente responsables de la salud de la comunidad. Cada clínica es administrada por un comité distrital.

El principal foco del programa de salud de Kenya es el fortalecimiento de la medicina preventiva. La cooperación entre las agencias gubernamentales y no gubernamentales de atención a la salud es muy frecuente y ha dado resultados muy positivos.

La medicina herbolaria familiar es aún muy común en Kenya, y es muy utilizada por gran parte de la población, quienes ya aceptan compartir la medicina tradicional con los tratamientos modernos.

Con el incremento en los niveles de la educación, han disminuido los temores y supersticiones que habían sido obstáculos importantes para la introducción de la medicina científica. El hecho de combinar la medicina científica con la medicina herbolaria ha dado buenos resultados.

Los servicios de salud son financiados por los impuestos a través del Gobierno.

Toda la población tiene acceso a ser uso de los servicios de salud sin importar su estado financiero o de seguridad.

No existe un programa nacional de aseguramiento de la calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Ministry of Health
POB 30016
Nairobi
Kenya

National Medical Association
National Nurses Association of Kenya
POB 49442
Nairobi
Kenya

37.- KOREA (228-236)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		42,082,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		2,379 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		4.3%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	64.9
		MUJERES:	71.3
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		6
6.	HABITANTES POR MEDICO:		N/D
7.	ALFABETISMO:		N/D
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GRAL. URGENCIAS	511	69,392
	HOSP. ENFERMEDADES MENTALES	9	4,693
	HOSPITAL DE TUBERCULOSOS	5	2,236
	HOSPITAL DE LEPROSOS	1	2,979
	CLINICAS DE MEDICINA ORIENTAL	2,941	25
	CLINICA DENTAL	3,274	1
	CLINICAS (INCLUYE C.PSIQUIAT.)	784	2,459
	TOTAL	7,525	87,785

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La administración central se ha esforzado en los últimos años por desarrollar todos sus campos. En particular se ha puesto interés por no escatimar recursos en el área de la planeación de los programas de salud. Mucho del esfuerzo de la planeación de los últimos años se ha concentrado en el programa de descentralización de los servicios de salud.

Los servicios de salud de Korea dependen en gran medida tanto de los hospitales públicos y privados como de las clínicas de medicina oriental y los centros de salud. Muchos de los servicios de salud no personales son responsabilidad del Gobierno y parte importante del personal de servicios de salud depende del sector privado.

En el Sector Público los cuerpos responsables y sus actividades son las siguientes:

1. A Nivel Nacional: El Ministro de Salud y Seguridad Social, el Instituto Nacional de Salud, el Hospital Nacional contra la Tuberculosis, el Hospital Nacional para Salud Mental, y el Hospital Nacional contra la Lepra.
2. A Nivel Distrital y Periférico:
 - a) Centros de salud; que comprenden prevención de enfermedades, promoción de la salud, atención médica y farmacéutica, servicios de laboratorio estadístico para la salud y atención médica para el indigente.

- b) **Subcentros de salud y puestos de socorro; con roles similares a los centros de salud pero ubicados a nivel periférico bajo la supervisión de un oficial de la salud y en coordinación con el Centro de salud del área.**

El sector público tiene una doble línea de autoridad. Una en la que tiene un soporte administrativo por el Ministro de Asuntos Familiares y otro con el soporte técnico del Ministro de Salud de Asuntos Sociales.

Los servicios de atención a la salud están financiados por el gobierno a través de los impuestos y por el esquema de seguro de salud gubernamental.

La contribución de los gastos de atención a la salud son a través de los Sectores Públicos y Privados en una relación aproximada de 33% por el sector público y 66% por el sector privado.

El acceso a los servicios de salud está disponible para todo el habitante de la República de Korea, sin importar su situación financiera ó estado de seguro.

La Asociación de Hospitales Koreana ha implementado un programa de estandarización de la calidad de la atención médica que se aplica en los hospitales, con la aprobación del Gobierno desde 1981.

El programa de aseguramiento de la calidad ha sido aplicado a la fecha sólo en la enseñanza hospitalaria en todo el país, pero este programa está en fase de experimentación.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health
Ministry of Health and Social Affairs
1, Chung-ang-don Kwachon
Kyonggi-do
Korea

National Medical Association
The Korean Medical association
302-75 Dungsu-1chon-dong
Yongson-gu
Seoul
Korea

National Nurses Association
The Korean Nurses Association
88-7 Ssangrim-dong
Chung-gu
Seoul
Korea

National Hospital Association
The Korean Hospital Association
35-1 Mapo-dong, Mapo-gu
Seoul
Korea

38.- KUWAIT (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		2,101,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		16.150 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		8
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	74
		MUJERES:	74
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		14
6.	HABITANTES POR MEDICO:		875
7.	ALFABETISMO:		75.1%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL DE URGENCIA	15	3,528
	HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA	3	1,011
	CLINICA PSIQUIATRICA	7	NA
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	6	1,327
		-----	-----
	TOTAL	31	5,866

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La Administración de los servicios de salud se lleva a cabo en dos niveles, el Nacional y el Estatal.

A Nivel Nacional se efectúa la planeación, la evaluación y el control de la calidad de la atención médica otorgada.

A Nivel Estatal se llevan a cabo la implementación de los programas de salud y la administración directa de los cuidados a la salud.

El financiamiento se da a través de los fondos de gobierno, que provienen fundamentalmente de los impuestos al sector privado. El sistema de atención a la salud es financiado en todos sus niveles por medio del presupuesto destinado para ello. Los fondos destinados al nivel de atención primaria a la salud son aproximadamente del 25% del total del presupuesto.

Kuwait es un estado de bienestar en el que el gobierno otorga la atención a la salud en forma gratuita; esto incluye medicamentos y cirujías así como servicios dentales. Una mínima cuota es cargada al paciente por concepto de hospitalización en el caso de los hospitales privados. Todos los demás servicios incluyendo la terapéutica y los estudios de diagnóstico, son completamente gratuitos.

Las políticas han sido planeadas para identificar los problemas de salud específicos de la población en general y de los grupos de alto riesgo; para poder así generar las estrategias que den solución a los problemas prioritarios, sobre todo a través de programas de trabajo coordinados.

El sistema de atención a la salud en Kuwait tiene 3 niveles de atención. El punto central del sistema son las clínicas y las policlínicas de donde se refieren los casos que requieren mayor nivel de resolución hacia alguno de los 6 hospitales generales ó alguno de los hospitales de especialidad.

Los desempleados y los ciudadanos de pocos recursos reciben atención especial por el Gobierno. Los programas del Ministro de atención social y trabajo reúnen sus fondos para la seguridad social de los miembros de la población, así como de los trabajadores que tienen accidentes en el trabajo.

El acceso a los servicios está disponible para todos los ciudadanos de Kuwait sin importar su estado socioeconómico ó de seguridad.

No existe un programa nacional de aseguramiento de la calidad.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

**Principal Government Health Agency
Ministry of Public Health
PO Box 5 Safat
Kuwait**

**National Medical Association
Kuwait Medical Society Vabrija
Kuwait**

**National Nurses Association
Kuwait Nursing Society Vabrija
Kuwait**

39.- MALASIA (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:		
1.	POBLACION	18.333.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	2.320 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	2.1%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	70
	MUJERES:	73
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	16
6.	HABITANTES POR MEDICO:	2700
7.	ALFABETISMO:	72.6%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
		NUMERO CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL DE URGENCIAS	16 13,449
	HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA	3 1,378
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	4 5,738
	OTROS	79 12,546
	TOTAL	102 33,111

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Ministro de Salud administra directamente los hospitales y las clínicas del Estado.

El sistema de servicio de salud es progresivo en su complejidad, en donde cada distrito local es cubierto por un hospital primario. Cada Estado tiene un hospital que recibe a los pacientes que son referidos de los distritos. Los hospitales estatales están considerados como los centros regionales de referencia.

La ciudad capital, Kuala Lumpur, es el lugar donde están concentrados los mayores centros de referencia del país.

La atención primaria a la salud es otorgada por clínicas rurales, en donde cada una de éstas tienen designadas entre 3,000 a 4,000 personas. Estas clínicas rurales están organizadas de tal forma que existe permanente comunicación con los centros de salud que otorgan atención entre 1,500 a 2,000 personas.

La atención psiquiátrica privada se otorga en forma independiente del sistema federado. Hay particularmente clínicas de éste tipo en los Centros Urbanos.

No existe un programa nacional de garantía de la calidad de la atención médica otorgada.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD

NO REPORTADO

40 MEXICO (237-268)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	87'836,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	2,490 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	5.5 % (1992)
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	70 (1993)
	MUJERES:	73 (1993)
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC. VIVOS:	18 (1992)
6.	HABITANTES POR MEDICO:	666
7.	ALFABETISMO:	87.3 %
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES (1992):	

	NUMERO	CAMAS
SECRETARIA DE SALUD	218	22,942
IMSS	316	29,264
ISSSTE	85	6,253
PEMEX	24	1,686
S DEFENSA NAL.	25	2,079
S MARINA	27	590
D.D.F.	30	2,162
PRIVADOS	472*	17,707
	---	-----
TOTAL	1,197	82,683

* Incluye solo hospitales de más de 15 camas.

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El actual sistema de salud data de 1943, cuando se promulgó la ley del Seguro Social y se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social, en ese mismo año se decreta la fusión del Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de Asistencia y se crea la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, también se inaugura el Hospital Infantil de México, primer instituto nacional de salud.

En la década de los 40s, en México la esperanza de vida al nacer era de 40 años, aunque había estados en donde no superaba los 32 años. Se contaba con un registro de apenas 4,300 médicos, 383 hospitales de asistencia pública y 52 hospitales privados. Prácticamente todos estos recursos estaban concentrados en las áreas urbanas en donde vivía alrededor de la cuarta parte de la población. En estos 50 años se han logrado avances muy importantes en el descenso de la mortalidad general, de la mortalidad infantil, en la ampliación de la cobertura, en la seguridad social, en la formación de recursos humanos y la investigación científica.

En el Sistema Nacional de Salud se prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia y seguridad social a través de tres tipos de instituciones: las públicas que atienden a la población en general o población abierta, las de seguridad social que cubren a derechohabientes y las que prestan servicios sociales y privados. En el Sistema Nacional de Salud se establecen los mecanismos de coordinación de acciones, tales como la vacunación

universal, el control y prevención de enfermedades diarreicas, la atención materno infantil, la salud reproductiva y la planificación familiar; igualmente se atienden los programas de educación y fomento de la salud, así como todas las acciones de atención primaria.

El crecimiento de la infraestructura de servicios de salud en el país es insuficiente para dar respuesta a la demanda regional de cobertura; esto ha propiciado divergencia entre las poblaciones potenciales a cubrir y aquellas realmente atendidas.

La seguridad social como responsabilidad del estado ha sido uno de los medios más eficaces para avanzar en la integración de los asegurados a los beneficios económicos del desarrollo.

En nuestro país la seguridad social se hace realidad a través de diversas instituciones de carácter público, mismas que por definición atienden a sus asegurados y beneficiarios, quienes reciben servicio de atención a la salud y otras prestaciones en especie y en dinero. Esta situación se ha convertido en una demanda legítima de millones de mexicanos, a la cual debe responder el Estado dando los incentivos y las facilidades necesarias a las fuerzas productivas para la creación de los empleos que se requieren.

Mientras que el sistema de salud tiene otros componentes que son ajenos a la seguridad social, por ejemplo, la asistencia social; la seguridad social tiene prestaciones adicionales a los servicios de atención a la salud vinculadas a otros sectores, por ejemplo vivienda, trabajo y previsión social.

Actualmente existen casi 50 millones de personas protegidas por el IMSS, ISSSTE, ISSFAM, PEMEX y algunos otros institutos de seguridad social estatales. Los volúmenes de servicios que estos organismos ofrecen son considerables, se proporcionan prácticamente sin restricciones, independientemente del tipo de daño a la salud y sus derechohabientes tienen acceso a servicios regionalizados, escalonados por niveles y apoyados en un sistema de referencia y contrarreferencia.

No obstante lo anterior, existe insatisfacción entre usuarios, prestadores y patrones quienes censuran estos servicios por su relativa despersonalización, exceso de trámites, tiempos de espera prolongados, carencias materiales y desmotivación de los prestadores por bajos salarios y escasas oportunidades de reconocimiento y promoción.

Es de reconocerse que el sistema de seguridad social es inequitativo porque no ampara a toda la población y es heterogéneo en su régimen jurídico, de financiamiento y de prestaciones. Sus costos globales se han incrementado en forma considerable principalmente por las cargas pensionaria y administrativa y los costos crecientes de los servicios de salud.

Existe un programa denominado IMSS-SOLIDARIDAD que atiende a casi 11 millones de habitantes de comunidades rurales e indígenas, con un modelo de atención integral a la salud sustentado en la estrategia de atención primaria que rescata el respeto a la cultura local, el enfoque preventivo, la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y la desconcentración de funciones a nivel local. Este programa es financiado con recursos federales, es administrado por el IMSS, opera una red de servicios de salud de primero y segundo nivel y ha sido una estrategia del gobierno para extender la seguridad social al campo.

En el ámbito rural, la indefinición de los universos de población abierta que deben cubrir las distintas instituciones que forman parte de los sistemas de salud y seguridad social, ocasiona que se generen duplicidades, despido y vacíos de atención. Por añadidura, en los ámbitos suburbano y urbano, beneficiarios de las instituciones de seguridad social acuden a recibir

atención a establecimientos para la población abierta y los no derechohabientes a los de la seguridad social. Ambos casos ocurren sin la transferencia de costos correspondientes.

El sistema nacional de salud ha tenido avances muy importantes en los últimos años. Ahora enfrenta retos de gran magnitud entre los que destacan el extender la cobertura, dar equidad y garantizar la eficiencia y calidad de los servicios; esto será posible si antes del año 2000 está consolidada la modernización del sistema a través de las estrategias de descentralización y regionalización.

En los últimos años en México se ha dado un descenso en la mortalidad general, sobre todo en la preescolar y en la infantil y últimamente en la fecundidad. Al mismo tiempo hay un incremento en la esperanza de vida al nacer y una modificación en la pirámide poblacional donde se observa que se ha reducido la población de menores de 15 años y ha aumentado la de mayores de 65.

El envejecimiento de la población ha dado por resultado un importante incremento de las enfermedades crónico-degenerativas que obligan al uso de una tecnología sofisticada de alto costo y con estancias hospitalarias prolongadas.

En los últimos 3 años se ha logrado vacunar, con esquemas completos, a más del 90% de los menores de 5 años. Se erradicó la poliomielitis y se redujo la frecuencia de casos de sarampión, difteria, tosferina y tétanos. Las diarreas han disminuido en los últimos años en más del 50%. El número de unidades médicas en el país se incrementó en los últimos 5 años en un 12% y 8.5 millones de mexicanos más se han incorporado a la población cubierta por los servicios de salud. Sin embargo, queda un número importante que aún no dispone de servicios permanentes de atención médica accesibles, geográfica y culturalmente. La inadecuada distribución geográfica e institucional de los recursos disponibles se aprecia claramente en los indicadores de salud ya que, por ejemplo entre los indígenas las tasas de mortalidad general e infantil son mucho más altas que en el resto de la población.

La modernización, además de sus indudables ventajas, ha traído consigo la proliferación de hábitos y estilos de vida nocivos para la salud: la contaminación ambiental, el tabaquismo, el alcoholismo y otras adicciones, el sedentarismo, las dietas desbalanceadas, entre otros, se constituyen en nuevos riesgos a los que el sector salud se deberá enfrentar.

En cuanto a los recursos humanos para la salud encontramos que la tasa de profesionistas médicos (que concluyeron sus estudios) en el país de acuerdo al censo de 1990 fue de 2 por 1000 habitantes, de igual forma los odontólogos tiene un comportamiento similar, en cambio existe un gran déficit en el número de enfermeras donde la tasa es de 1.6 enfermeras por 1000 habitantes.

El INEGI informa que el 80% de los médicos están ocupados en su profesión, lo que arroja una tasa real de 1.5 médicos por 1000 habitantes (665 habitantes por médico) y significa que hay 131,700 médicos en el país.

Existen marcadas diferencias en la calidad de la formación de personal de salud. De igual forma hay desequilibrio entre el número de médicos generales y de especialistas, así como entre los mismos especialistas y entre los médicos y las enfermeras. Se carece de mecanismos adecuados para garantizar tanto la calidad de las instituciones formadoras de los recursos humanos para la salud en el país como el equilibrio adecuado entre los profesionistas de la salud.

La formación de los recursos para la salud hoy en día responde más a los intereses institucionales e individuales que a las necesidades de salud de la población. Aunado a lo anterior, quienes se incorporan a la medicina institucional, se percatan de que las condiciones salariales y laborales no son favorables, lo que genera desmotivación que repercute directamente en la calidad de los servicios, con la consecuente insatisfacción de los usuarios.

ORGANIZACIONES ACEDEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Secretaría de Salud

Lleja 7

Col. Juárez

Del. Cuauhtémoc, México D.F.

Academia Nacional de Medicina

Av. Cuauhtémoc No. 330 Bloque "B"-3er. Piso

Unidad de Congresos Centro Médico Nacional Siglo XXI

Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc

C.P. 06720, México, D.F.

Asociación Mexicana de Hospitales

Querétaro No. 210

Col. Roma, México DF

Fundación Mexicana para la Salud

Periférico Sur 4809

Col. El Arenal Tepepan, Tlalpan

C.P. 14610, México D.F.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Durango No. 289-1º Piso,

Col. Condesa, Del. Cuauhtémoc

C.P. 06140, México, D.F.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Av. San Fernando No. 547-8º Piso

Col. Toriello Guerra, Del. Tlalpan

C.P. 14050, México, D.F.

Desarrollo Integral para la Familia

Av. Emiliano Zapata No. 340

Col. Santa Cruz Atoyac

C.P. 03310, México, D.F.

Dirección General de Servicios de Salud del Distrito Federal

Calle Jardín y Calle 8, Hospital Central.

Col. Tlatilco

Del. Azcapotzalco

41.- MONGOLIA (269-272)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	2,250,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	680 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	10-13%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	63
	MUJERES:	66
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	82.4
6.	HABITANTES POR MEDICO:	390
7.	ALFABETISMO:	89.5%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES UNIFICADOS	32 N/D
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	35 N/D
	HOSPITAL	55 N/D
	HOSPITAL	241 N/D
	TOTAL	363 N/D

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema socioeconómico y la variedad de actividades de las organizaciones gubernamentales y económicas combinan sus esfuerzos para otorgar mejor nivel de atención primaria a la salud y cumplir con el compromiso de salud para todos en el año 2000.

Los aspectos relevantes en el sector salud están orientados a mejorar las condiciones de servicio y beneficiar a la población, tanto urbana como rural, en la prevención de enfermedades.

Los programas de atención primaria a la salud ofrecen la oportunidad de identificar los diversos servicios organizados y ofrecerlos de acuerdo a su ubicación en las zonas más remotas y alejadas de las grandes ciudades. Como resultado de esto, se han implementado medidas prácticas para resolver los problemas más urgentes.

El sistema de atención a la salud continúa extendiéndose a las áreas rurales, al mismo tiempo desarrolla servicios de alta especialidad en las zonas urbanas.

Anteriormente, la salud de mucha de la gente rural dependía de la medicina tradicional de los Lamas Tibetanos ó de los Sacerdotes.

Hoy en día uno de los más importantes problemas es la incorporación de medidas tendientes a asegurar la calidad en la atención médica y en la formación de recursos humanos para la salud.

El desarrollo futuro del sistema de atención a la salud, está directamente abocado a resolver los problemas de mortalidad general y morbilidad, causados principalmente por enfermedades infecciosas.

Los servicios de salud pública son totalmente gratuitos y están disponibles para todos los habitantes de Mongolia.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:
NO REPORTADO

42.- NUEVA ZELANDA (s.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		3.380.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		12.680 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		7%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	75
		MUJERES:	76
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		10
6.	HABITANTES POR MEDICO:		373
7.	ALFABETISMO:		100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES PUBLICOS		
	HOSPITALES GENERALES		13,919
	MATERNIDADES		2,070
	PSIQUIATRIA Y DEFICIENCIA MENTAL		7,770

			23,759
	HOSPITALES SIN CAMAS		907

			24,666
	HOSPITALES PRIVADOS		
	MATERNIDADES	1	3
	MEDICO Y QUIRURGICO	16	624
	MEDICO, QUIRURGICO Y GERIATRICO	150	5,313
	MATERNIDAD, MEDICO Y QUIRURGICO	1	102
		-----	-----
	TOTAL	168	6,042

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Nueva Zelanda tiene un sistema de salud mixto tanto de atención pública, privada y voluntaria, con reuniones estatales para tratar lo relacionado fundamentalmente con los costos de la salud.

Los servicios de atención a la salud de la ciudad son responsabilidad de las autoridades del gobierno local y del gobierno central, y operativamente los integrantes del cuerpo profesional tienen la responsabilidad directa de lo que ahí acontezca.

Con organizaciones religiosas y caritativas, así como con la ayuda de los ciudadanos y el apoyo del gobierno, se logra financiar la asistencia médica y adquirir los insumos necesarios.

A nivel nacional la administración de los fondos para la salud del gobierno es responsabilidad del departamento de salud.

Los consejos de 25 hospitales son responsables de otorgar los servicios a los hospitales públicos de acuerdo a sus regiones electorales.

Los consejos de los hospitales dependen administrativamente de consejos electorales, quienes son a su vez, responsables de determinar las políticas de salud locales y de implementar las políticas de salud nacionales.

Mientras que el sector médico primario es en gran parte privado, el Estado está involucrado en la administración de los beneficios de la atención primaria a la salud.

Los servicios de atención a la salud son financiados por fondos del gobierno vía impuestos; esquemas de seguros médicos privados; ingresos del gobierno por otras vías independientes a los impuestos; esquemas de compensación de accidentes; consejos de la ciudad; organizaciones caritativas; y particulares.

El costo de la administración de los hospitales públicos es financiado directamente por los impuestos generales y el tratamiento en los hospitales públicos para los ciudadanos de Nueva Zelanda es completamente gratuito. Los servicios de atención médica primaria son en su mayoría otorgados por practicantes generales, también en forma gratuita, quienes de esta manera benefician a muchos enfermos.

En Nueva Zelanda no existe un programa de aseguramiento de la calidad de la atención médica otorgada como tal. Sin embargo hay numerosos proyectos del departamento de salud que están enfocando sus esfuerzos a un programa similar, así como consejos en los hospitales que han empezado a trabajar en esta área.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Department of Health
PO Box 5013
Wellington
New Zealand

National Medical Association
New Zealand Medical Association
PO Box 154
Wellington
New Zealand

National Nurses Association
New Zealand Nurses Association
181-183 Willis Street
Wellington
New Zealand

National Health Service Administrators' Association
N. Zealand Institute of Health Administrators
PO Box 5013
Wellington
New Zealand

43.- NIGERIA (s.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		112.163.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		290 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		3%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:		
		VARONES:	52
		MUJERES:	54
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		98
6.	HABITANTES POR MEDICO:		6900
7.	ALFABETISMO:		42.4%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES DE ENSEÑANZA	9	5,730
	HOSPITAL GENERAL DE URGENCIA	694	44,208
	HOSPITALES PSIQUIATRICOS	11	1,896
	TOTAL	714	51,834

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de atención a la salud es administrado en tres niveles: gobierno federal, estatal y local.

A nivel federal el Ministro de Salud tiene la responsabilidad de: Formulación de las grandes políticas de acción; guía de implementación de los programas; coordinación de la atención de tercer nivel; coordinación de la investigación; monitoreo y evaluación; coordinación de actividades con emergencias internacionales.

A nivel estatal el Ministro de Salud tiene la responsabilidad de dirigir y coordinar el trabajo en salud del Estado; garantizar el soporte económico; garantizar el soporte intersectorial; establecer los procesos administrativos; proporcionar la información pública; coordinar la participación de la comunidad; monitoreo y evaluación.

Los servicios de salud de Nigeria son financiados por el gobierno a través de los impuestos. A nivel federal, el 31% del gasto total del gobierno fue invertido en salud en 1987. El acceso y la disponibilidad de los servicios de salud es para todo ciudadano y habitante de Nigeria sin importar su estado económico ó de aseguramiento.

No existe un programa de garantía de calidad de la atención médica en el sistema de salud de Nigeria.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Permanent Secretary
Federal Ministry of Health
Secretariat
IKOYI, Lagos

Nigeria

Nigerian Medical Association
112 Adeniyi Jones Street
IKEJA, Lagos
Nigeria

National Association of Nigerian Nurses and Midwives
Murtala Mohammed Airport
IKEJA, Lagos
Nigeria

Institute of Health Service Administrators of Nigeria
c/o College of Medicine
University College Hospital
IBADAN
Nigeria

National Health Association
Health Office
P M B 5048
IBADAN
Nigeria

44.- NORUEGA (273)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	4,262.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	23.120 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	77
	MUJERES:	77
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	8.0
6.	HABITANTES POR MEDICO:	327
7.	ALFABETISMO:	100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	

NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de seguridad social Noruego es básicamente tripartita y está conformado por servicios de atención a la salud, servicios de asistencia social y el seguro nacional. Los servicios de salud están organizados para proporcionar atención en red, desde la educación misma de la salud y el cuidado de sí mismo, hasta los servicios de salud comunitarios.

Cada municipio tiene un Consejo de Salud electo ante los miembros de la comunidad y el consejo municipal. Los Consejos de Salud son independientes de otras agencias municipales y pueden tomar decisiones en todo lo que es su materia.

La principal función de los consejos de salud es supervisar la regulación, normatividad y en general las leyes concernientes a la salud individual y colectiva.

Las bases del seguro nacional Noruego son: ser un derecho de los ciudadanos; no existir discriminación alguna en la aplicación de la atención a la salud a los enfermos; no privilegiar a nadie por pertenecer a algún nivel social superior; aplicarse en forma indistinta al tipo de enfermedad, si es embarazo, si es gente de edad avanzada, si es desempleado, etc.

El personal de salud Noruego así como las autoridades del ramo, supervisan permanentemente los servicios de salud que se otorgan.

Como una regla general la gente con requerimientos de asistencia médica o con otro tipo de atención a la salud debe pagar por sí mismos el costo de la atención recibida.

Existe un grupo de responsables de la planeación, la construcción y operación de los hospitales, así como de conocer e identificar las necesidades de cada una de las poblaciones para su diagnóstico y terapia.

Los hospitales privados pertenecen a organizaciones privadas y el costo de operación es cubierto por los pacientes.

La atención a la salud y el servicio social está basado en una subdivisión por ciudad de 35

distritos. La práctica general es generalmente otorgada por médicos privados, practicantes y oficiales médicos distritales.

Se ha incrementado la tendencia en los últimos años a pagar más por la atención primaria a la salud en los establecimientos de salud y en los centros sociales así como en las organizaciones de consulta externa.

Con pocas excepciones, el esquema de seguro nacional cubre a todas las personas que están empleadas.

No hay un programa nacional de garantía de calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

46.- PANAMA (274)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:		
1.	POBLACION	2,466.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	1.830 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	8%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	73
	MUJERES:	74
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	21
6.	HABITANTES POR MEDICO:	840
7.	ALFABETISMO:	88%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
		NUMERO CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL	30 7,799
	HOSPITAL TERAPIA INTENSIVA	2 150
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	2 1,500
	TOTAL	34 9,449

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Sistema de Atención a la Salud es administrado básicamente a nivel estatal. Los cuerpos que tienen la responsabilidad principal para el otorgamiento de los servicios de salud son: el Ministro de Salud Pública (prevención) y la Fundación de Seguridad Social (atención curativa).

Los servicios de atención a la salud son financiados por fondos del gobierno provenientes de los impuestos, seguros de salud privados, esquema de seguros de salud del gobierno e impuestos.

El sistema de atención a la salud está organizado en los siguientes niveles: asistencia social a través del Ministro de Recaudación Fiscal con un 30%; seguridad social a través de fondos del gobierno con 60% y sector público básicamente a través del esquema del seguro privado con 10%.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Ministro de Salud Pública
PO Box 2048
Panamá 1
Panamá

National Medical Association
PO Box 2020
Panamá 1
Panamá

48.- PORTUGAL (275-278)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	10,582.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	4,990 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	3.8%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	75
	MUJERES:	76
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	12
6.	HABITANTES POR MEDICO:	376
7.	ALFABETISMO:	84%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	

NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

En Portugal la administración de los servicios de salud está organizada en forma central y regional. Madeira y las Islas Azores tienen su propio sistema de salud.

La administración de los servicios de salud en el nivel central está organizada por diversos departamentos que coordinan la investigación, la capacitación y entrenamiento, la planeación y el financiamiento, entre otros.

A nivel regional, las autoridades de salud regionales son responsables de la integración de los servicios en coordinación con el sector privado para la operación de los centros de salud y para su administración.

Los hospitales no están bajo la responsabilidad de las autoridades regionales. Ellos tienen sus propios directivos.

De acuerdo al artículo 64 de la Constitución de Portugal, todos los ciudadanos tienen el derecho a la protección a la salud. El servicio de salud nacional otorga atención a cada uno de los ciudadanos a un costo muy bajo, no sólo en la atención médica general sino también en la de alta especialidad.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

47.- PUERTO RICO (277-281)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		3,551.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		6,091 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		18%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		71
	MUJERES:		77
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		17
6.	HABITANTES POR MEDICO:		350
7.	ALFABETISMO:		96%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITALES GUBERNAMENTALES	31	4,392
	HOSPITALES PRIVADOS	42	5,320
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES	11	2,781
	TOTAL	84	12,493

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Los servicios de salud de Puerto Rico están organizados por los sectores Público y privado.

El sistema de salud se está estructurando para mayor eficiencia en forma regional y sustentado en la salud pública y medicina preventiva, en 78 municipios. En forma secundaria los servicios que se otorgan a nivel local son los hospitalarios.

Los servicios de atención médica más especializada se otorgan en cada una de las 6 regiones. Existe también un sistema de referencia a los centros de salud localizados en la isla y en los menos casos fuera de ella, en Estados Unidos.

Los servicios de salud están financiados, tanto por los impuestos como por el seguro de salud privado. El sistema de salud tiene una fuerte presión que tenderá a modificarse rápidamente por el incremento en los costos de la atención médica. El costo de la atención a la salud se ha ido incrementando a razón de 17.7% anual en los últimos 10 años.

Todos los ciudadanos tienen la posibilidad de acceso a los servicios de salud sin importar su capacidad de pago en el sector público.

Existe un programa de aseguramiento de la calidad que ha sido recientemente implantado por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención a la Salud.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Agencia Sanitaria Gubernamental Principal
Departamento de Salud de Puerto Rico
Apartado 9342
San Turce Puerto Rico 00908

Asociación Nacional Médica de Puerto Rico
Apartado 9387
San turce Puerto Rico 00908

Colegio de Profesionales de la Enfermería
C PO Box 3647
San Juan Puerto Rico 00936

Asociación de Administradores de Servicios de Salud de Puerto Rico
Centro Profesional Villa Navarez
Oficina 106
Río Piedras Puerto Rico 0927

Asociación de Hospitales de Puerto Rico
Centro Profesional Villa Navarez
Río Piedras Puerto Rico 0927

48.- QATAR (282-283)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	381,000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	15,860 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	70
	MUJERES:	70
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC. VIVOS:	31
6.	HABITANTES POR MEDICO:	568
7.	ALFABETISMO:	75.7%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL DE URGENCIAS 1	600
	HOSPITAL LARGA ESTANCIA 1	295
	CLINICA PSIQUIATRICA 1	50
	HOSPITAL DE LA MUJER 1	350
	-----	-----
	TOTAL 4	1,295

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El sistema de atención a la salud es administrado básicamente a nivel nacional. Como el gobierno es también el responsable del presupuesto para los servicios de salud, debe supervisar que éste, se distribuya adecuadamente a través de los diferentes cuerpos y organizaciones gubernamentales establecidas para ello.

Hay una fuerte y cercana relación e integración entre todos los niveles de atención médica, especialmente en el sistema de referencia de pacientes, así como en otros esquemas de comunicación.

Tanto servicios de atención preventivos como de atención primaria están supervisados y controlados por el Ministro de Salud Pública.

Las clínicas para la policía y las fuerzas armadas otorgan básicamente los servicios de consulta externa al personal de estas ramas y a sus familiares.

La salud escolar es básicamente un servicio de consulta externa para todos los estudiantes y personal del ministerio de educación y sus familias.

Las clínicas gubernamentales ó semi gubernamentales otorgan fundamentalmente servicios de consulta externa al personal del gobierno y sus familias.

Los servicios de salud de atención secundaria y terciaria son otorgados y supervisados por entidades corporativas parcialmente gubernamentales que tienen a su cargo todos los servicios de atención curativa.

En Qatar, los servicios de atención a la salud son financiados en su totalidad por el gobierno básicamente a través de los impuestos.

Qatar otorga los servicios de atención médica gratuita a toda la población sin importar nacionalidad ó situación socio-económica.

Existe un programa de aseguramiento de la calidad de la atención médica en Qatar. Sin embargo, todavía está a nivel de desarrollo por la corporación médica Hamad, y aún no se ha implementado.

ORGANIZACIONES DE ATENCIÓN A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Office of Planning and Manpower
Ministry of Public Health
PO Box 42
Doha
Qatar

Health Information System
Hamad Medical Corporation
PO Box 3050
Doha Qatar

49.- SENEGAL (284-286)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	7,533.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	710 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	47
	MUJERES:	55
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	81
6.	HABITANTES POR MEDICO:	17,072
7.	ALFABETISMO:	22.5%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	

NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Una estrategia para la atención primaria a la salud implementada en Senegal, es la participación activa de las comunidades a nivel local, lo cual se ha desarrollado en forma de red conjunta entre distintas comunidades, para hacer de los servicios de salud un bien cada vez más accesible para la población.

La mayoría de la gente que usa las facilidades establecidas por el Gobierno, no tienen que desplazarse más de 1 km de distancia. La experiencia ha mostrado que es mucho más valioso tener muchos centros de salud distribuidos en las comunidades, que pocos centros de salud grandes con más personal e infraestructura, pero distantes de las poblaciones.

La gente paga una cuota predeterminada por el tratamiento médico que incluye los medicamentos necesarios. Los servicios de salud otorgados por el Gobierno son gratuitos pero no tienen el soporte financiero suficiente para incluir en éste esquema de gratuidad a los medicamentos.

Cada unidad de salud sirve a un área de aproximadamente 25,000 habitantes y es administrada por un comité de salud compuesto por 15 miembros elegidos entre los residentes de esa comunidad.

El Ministro de Salud Pública ha recomendado que la participación de la comunidad esté exenta en el financiamiento de los servicios de atención a la salud, en todas las regiones de la ciudad.

La asamblea general y el comité de salud constituyen la estructura básica de la participación comunitaria. Ellos toman las decisiones concernientes a la utilización y administración de los recursos de la comunidad. Ellos también participan en la definición y operación de los programas de salud locales.

El Gobierno tiene la responsabilidad de definir y establecer la estructura básica de los servicios de salud con las contribuciones de cada comunidad. Es decir las unidades de salud son parte de los servicios generales de salud.

La comunidad contribuye con recursos humanos y financieros a sufragar los gastos y las necesidades de las unidades de salud y al mismo tiempo de alcanzar su eficiencia y efectividad.

El gobierno por su parte define el staff médico así como la gafa técnica y el soporte logístico de las unidades de salud. De igual forma ayuda a los voluntarios de la comunidad ha prepararse en los procedimientos que quieren desarrollar.

El salario del personal depende en un 76% de los ingresos gubernamentales, pero en muchas unidades de salud la participación del gobierno llega a ser de sólo el 28% de los salarios, pagando los pacientes la diferencia.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

NO REPORTADO

50.- SINGAPUR (287-291)**A.- ESTADÍSTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION	2,763.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	11,160 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	6.6%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	74
	MUJERES:	72
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	7
6.	HABITANTES POR MEDICO:	837
7.	ALFABETISMO:	87.6%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	

NO REPORTADO

B.- PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La atención médica en Singapur es otorgada principalmente por la infraestructura hospitalaria y los Centros de Salud del gobierno. Todos los servicios de consulta externa y medicina preventiva están subsidiados por el gobierno. En los últimos años se ha dado un crecimiento importante en el número de hospitales privados.

El sistema de salud es financiado por una combinación de los impuestos recaudados, los seguros médicos privados, los pagos individuales y los beneficios a los empleados. El gobierno de Singapur ha introducido un nuevo programa de financiamiento en servicios de atención curativa. El nuevo programa es conocido como "MediSave" el cual es un Plan que requiere del 3% del salario individual mensual, mismo que es proporcionado directamente por el patrón.

El MediSave es muy amplio y puede cubrir el costo de hospitalización en los hospitales de urgencia del gobierno o en los hospitales privados. Este seguro puede ser usado tanto por el causante como por su familia. El paciente tiene la opción del balance de pagos, ya sea que elija pagar en efectivo y de contado el costo de la atención médica u hospitalaria, ó elija pagar en forma prorrateada.

Este esquema de MediSave no incluye el costo de los servicios de consulta externa, de investigación o de laboratorio.

El esquema cubre virtualmente a la población entera de Singapur. Los desempleados y quienes no tienen la capacidad de pago también tienen acceso a los hospitales públicos.

Con la introducción del MediSave como parte central del Plan Nacional de Salud, los hospitales del gobierno disponen del subsidio necesario para ofrecer los servicios médicos a los ciudadanos de Singapur.

Los servicios de atención médica preventiva continúan siendo subsidiados por el gobierno.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:
NO REPORTADO

51.- SRI LANKA (292-293)**A.- ESTADISTICAS GENERALES:**

1.	POBLACION		17,240.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		470 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		NO REPORTADO
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:		
	VARONES:	71	
	MUJERES:	71	
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	19	
6.	HABITANTES POR MEDICO:	7181	
7.	ALFABETISMO:	86.1%	
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL	10	9,114
	CLINICAS PSIQUIATRICAS	12	?
		-----	-----
	TOTAL	22	9,114

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Sistema de Atención a la Salud es organizado y controlado fundamentalmente por el gobierno central. Sri Lanka tiene 3 Ministros de Administración del sistema de atención a la salud en la ciudad: el Ministro de Salud, el Ministro de Atención a la Mujer y Enseñanza hospitalaria y el Ministro de Ayurveda.

Las autoridades locales en varias ciudades tienen sus propios oficiales médicos, quienes tienen la responsabilidad en general de la atención a la salud ambiental y en particular de la atención primaria a la salud.

Los servicios de atención a la salud son financiados por un esquema de seguro privado de la salud y por los impuestos.

El sistema de atención a la salud privada consiste en médicos generales, hospitales privados y recursos de instituciones privadas.

Los servicios de salud son otorgados por el gobierno y el sector privado. Ambos sectores incluyen la medicina occidental y la medicina Ayurveda. De acuerdo a la utilización de los servicios de consulta externa la medicina occidental, es sólo ligeramente más demandada que la medicina de Ayurveda. Hay estimados alrededor de 16,000 practicantes de Ayurveda, de los cuales 10,000 están registrados y oficialmente reconocidos.

El desarrollo de la atención a la salud se ha hecho con base a redes de instituciones así como de organizaciones de trabajadores de la salud, separando los servicios de atención preventiva de los servicios de atención curativa.

Los servicios de atención preventiva son otorgados a través de los servicios de atención públicos, los cuales están divididos en 19 secciones, cada una de las cuales está subdividida a su vez en áreas de salud.

Al frente de cada área se encuentra de responsable un oficial médico que da el soporte de salud con un equipo compuesto por inspectores de salud pública, enfermeras de salud pública y parteras graduadas en salud pública. Los servicios de atención curativa, en los que el porcentaje del presupuesto de salud es mucho mayor, están a la disposición de todos los enfermos que así lo requieran, tanto en las instituciones del gobierno como en las privadas.

La atención al paciente en consulta externa es otorgada en dispensarios centrales ubicados en la periferia de la ciudad, a través de una variedad y diferencia de niveles de instituciones incluyendo el más grande hospital de enseñanza con servicios especializados.

La mayoría de la gente vive a menos de 5 km. de algún centro de salud del gobierno, incluyendo aquellos habitantes de áreas rurales. Mucha gente consulta médicos privados, pagándoles las cuotas que ellos cobran por sus servicios.

La mayor parte de la población ha pagado por recibir tanto atención médica occidental como atención médica de Ayurveda. No existe un programa nacional de garantía de la calidad de la atención médica. Mucho de lo que se ofrece en los servicios de salud es gratuito, sin embargo hay gran parte de servicios que significan diferentes cuotas a pagar por el paciente.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
Ministry of Health
PO Box 500
Colombo, Sri Lanka

Ministry of Women's Affairs and Teaching Hospitals
No 2 Galle Road
Colombo 4, Sri Lanka

Ministry of Ayurveda
No 385 Deans Road
Colombo 10, Sri Lanka

National Medical Association
Sri Lanka Medical Association
No 2 Wijerama Mawatha
Colombo 8, Sri Lanka

National Nurses Association
Sri Lanka Nurses Association
No. 93 Regent Street
Colombo 8, Sri Lanka

National Health Service Administration Association
Sri Lanka Medical Administrators Association
Ministry of Health
PO Box 500
Colombo, Sri Lanka

52.- SUECIA (294-296)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	8,635.000 (1991)	
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	23.680 DLS	
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	9.4%	
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	78	
	MUJERES:	77	
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	6	
6.	HABITANTES POR MEDICO:	320	
7.	ALFABETISMO:	100%	
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL PUBLICO		
	HOSPITAL CORTA ESTANCIA	98	48,607
	HOSPITAL LARGA ESTANCIA	88	16,162
	HOGAR DE ANCIANOS	236	23,766
	CENTROS DE SALUD	132	9,471
	ATENCION PSIQUIATRICA	81	23,853
		-----	-----
	SUBTOTAL	635	121,859
	HOSPITALES PRIVADOS	6	
	HOGAR DE ANCIANOS PRIVADOS	246	
		-----	-----
	TOTAL	887	121,859

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

Los ciudadanos de Suecia contribuyen con su seguridad social a través de las cuotas que pagan los patrones de las empresas, de los impuestos y de los propios pagos por los servicios que le son proporcionados.

Los Suecos pagan a través de los patrones aproximadamente el 85% del gasto en salud, le sigue el Gobierno con el 15% del pago de la atención médica. En este 15% se cubre la atención médica de las casas de beneficencia y de los accidentes ocupacionales.

La atención a la salud en Suecia está organizada en 3 niveles: la atención primaria, la atención a la ciudad y la atención regional.

La atención primaria incluye los centros de atención a la salud con el personal debidamente capacitado, tanto en medicina preventiva como en medicina curativa. Se encuentra además un responsable de la salud pública y un equipo de enfermeras.

Como regla general, las Casas Hogar para Ancianos y las Casas de Atención a la Salud pertenecen al sector primario. Los hospitales de especialidad como los de larga estancia pertenecen al sector ciudad, pero pueden pertenecer también a la atención primaria.

La atención en el nivel ciudad para los enfermos, es otorgada en puestos de salud centrales y hospitales distritales. La atención es dada tanto en hospitales como en clínicas de consulta externa.

La atención psiquiátrica es administrada a través del nivel de atención médica de la ciudad y últimamente se ha convertido cada vez más, en atención del paciente externo.

La atención regional es otorgada por el más alto nivel de especialidad en hospitales que cuentan con sofisticada tecnología. Existe un hospital de especialidad para cada 6 regiones de atención a la salud. Las regiones de atención a la salud son reguladas por los consejos ciudadanos de la región respectiva.

La reestructuración de los servicios de salud de Suecia se está dando fundamentalmente en el área concerniente a los recursos con los que operan los hospitales, así como en la disminución de costos; es decir, es una reestructuración de bases financieras.

Se pretende reforzar la atención primaria, los servicios de atención a la salud domiciliaria y otras alternativas que han tenido incremento y desarrollo en los últimos años.

No existe actualmente un programa de aseguramiento de la calidad de la atención médica. Cada hospital tiene sus propios programas de control de calidad de sus servicios.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Landstingsförbundet
Box 8606
S-113 84 Stockholm
Sweden

Svenska Sjukhusföreningen
Fack
S-102 50 Stockholm
Sweden

53.- SUIZA (296-297)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		6,800.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		32.680 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		7.3%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:		78
	MUJERES:		79
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC. VIVOS:		7
6.	HABITANTES POR MEDICO:		329
7.	ALFABETISMO:		100%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL URGENCIAS	277	42,480
	HOSPITAL DE LARGA ESTANCIA	362	22,675
	CLINICA PSIQUIATRICA	86	15,073
	OTROS	74	5,970
		----	-----
	TOTAL	799	86,198

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La responsabilidad de los servicios de salud, especialmente en la atención médica, en la atención preventiva y en la supervisión de la formación del personal de la salud, recae en las autoridades del ministerio de salud. La aplicación de las leyes de salud, de los seguros contra accidentes, del control de epidemias y de la supervisión y organización de la examinación médica federal, son responsabilidad de la Confederación Médica Suiza.

La responsabilidad de la atención a la salud recae fundamentalmente en los Consejos, quienes son responsables del desarrollo de los Programas de Salud.

Los servicios de bienestar en el Sector Salud y la regulación de la Salud Pública son actividades externas al ámbito de competencia de la Confederación Médica Suiza.

Los Consejos son libres de decidir cómo y en qué medida asumen la responsabilidad de los servicios de salud. Esta libertad de elección de compromiso y responsabilidad determina que existan considerables diferencias entre los mismos Consejos. Mientras algunos, por ejemplo, otorgan atención médica a los pacientes en la mayor parte de sus hospitales, otros no tienen instituciones propias y tienen que dar el soporte financiero para la atención hospitalaria de los pacientes.

Hay muchas actividades prioritarias en el otorgamiento de los servicios de salud así como de los servicios sociales, tan importantes como la propia atención domiciliaria.

Los servicios de salud Suizos están caracterizados por el hecho de que en un número considerable de actividades están relacionadas ó vinculadas con el sector privado. Muchos de estos cuerpos están activos en los campos que competen a la acción de la Confederación Médica Suiza, de los Consejos y de las comunidades.

El financiamiento de los servicios de salud en Suiza está basado en tres soportes principales, cada uno de ellos contribuye aproximadamente con cantidades similares:

- Autoridades públicas (Confederación Médica Suiza, Consejos y Comunidades); 34%
- Seguridad Social 34%
- Pago de los pacientes y seguros privados 32%

El ciudadano Suizo contribuye al financiamiento de los servicios de salud de diferentes formas; a través del pago de los impuestos y a través del pago de seguros individuales.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION A LA SALUD:

Principal Government Health Agency
 Central Committee of the Directors of the Cantonal Health Services
 Terrassenweg 18
 CH-3012 Berne
 Switzerland

Federal Office of Public Health
 PO Box 2644
 CH-3001 Berne
 Switzerland

Social Security Department
 Effingerstrasse 33
 CH-3003 Berne
 Switzerland

Federation of Swiss Physicians (FMH)
 Elfenstrasse 18
 CH_3000 Berne 16
 Switzerland

Swiss Nurses Association
 Choisystrasse 1
 CH-3001 Berne
 Switzerland

Swiss Association of Practical Nurses
 Obergrundstrasse 44
 CH-6003 Lucerne
 Switzerland

Swiss Hospital Association (VESKA)
 Rain 32
 PO Box 4202
 CH-5001 Aarau
 Switzerland

54.- TAILANDIA (298-300)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION 58,923.000 (1991)		
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		1.420 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		4.32%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:	VARONES:	66
		MUJERES:	66
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:		27
6.	HABITANTES POR MEDICO:		4833
7.	ALFABETISMO:		88.8%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	16	6,949
	HOSPITAL PUBLICO GENERAL	515	57,257
	HOSPITAL PRIVADO	152	6,990
	TOTAL	683	71,196

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

El Ministro de Salud Pública tiene la responsabilidad de la organización, dirección y administración de los servicios de salud pública y de la mayoría de los servicios de atención médica del gobierno.

El Ministerio de Salud está organizado de la siguiente manera: la oficina del Secretario de Estado para la Salud Pública, el Departamento de Salud, el Departamento de Control de Enfermedades Contagiosas y el Departamento de Administración de Alimentos y Drogas.

El sistema de servicio de salud en Tailandia está organizado a través de centros de salud para acción a nivel local, hospitales comunitarios, hospitales generales y hospitales de enseñanza tanto para la provincia como para el nivel nacional.

El sistema de servicio de salud en Tailandia puede ser categorizado en dos sectores: público y privado.

En áreas rurales, el sistema de servicios de salud es organizado principalmente por la oficina de la Secretaría de Estado para la salud pública.

Existe un sistema de tarjetas para los indigentes que han sido utilizadas por las familias más pobres de Tailandia, así como por todo aquel que no tiene capacidad de pago. Aproximadamente dos terceras partes de los gastos de atención a la salud están financiados directamente por algún tipo de organización privada.

Es política gubernamental proveer de atención médica gratuita a la gente que no tiene la capacidad de pago tanto en las áreas urbanas como a las áreas rurales.

La atención integral, preventiva, curativa y de rehabilitación es otorgada fundamentalmente bajo supervisión, control, monitoreo y administración del Ministerio de Salud Pública para ofrecer servicios en las áreas rurales donde el 80% de la población vive.

El Sector privado concentra la mayor parte de la atención curativa así como la difusión de la información. Este sector ha desarrollado a mayor parte de su infraestructura principalmente en áreas rurales y en especial en Bangkok.

En Tailandia están organizados Ministros de salud sectoriales, que participan el otorgamiento de los servicios de salud bajo la autoridad y coordinación del gabinete de salud del Primer Ministro.

La línea de acción de los Ministros tiene en general autonomía administrativa y operativa para la mayor parte de la actividad de su sector. Además de estos Ministros, los departamentos técnicos de apoyo tienen considerable autonomía.

Existen numerosas organizaciones privadas y no lucrativas, cada una de ellas con distintas funciones, destacando para nuestro estudio las encaminadas a los servicios de salud.

Todas estas organizaciones deben estar registradas ante la oficina del Comité Cultural Nacional que están bajo la administración del Ministro de Educación.

No existe un programa nacional de garantía de calidad de la atención médica.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Department of Health
Bangkok
Thailand

55.- TUNEZ (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION	8,362.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL	1.440 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD	4.5%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA: VARONES:	67
	MUJERES:	65
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC.VIVOS:	44
6.	HABITANTES POR MEDICO:	1834
7.	ALFABETISMO:	65.3%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:	
	NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL	130
	HOSPITAL LARGA ESTANCIA	0
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	1
	OTROS	19
	-----	-----
	TOTAL	150
		18,003

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

La administración de los servicios de salud en Túnez se lleva a cabo en tres niveles:

- El Ministro de Salud; quien define las políticas y prioridades nacionales, así como el presupuesto.
- Autoridades Regionales: Las ciudades están divididas en regiones de salud. Existen 14 autoridades regionales administrando los servicios que se otorgan a nivel regional y estableciendo vínculos entre la administración central (Ministro de Salud) y varios de los hospitales e instituciones de salud.
- Nivel hospitalario; donde los directivos de los servicios hospitalarios son responsables también de la administración diaria de los servicios de salud locales.

Los institutos, centros especializados y hospitales de enseñanza, ofrecen la atención médica especializada y participan en el entrenamiento y enseñanza de los estudiantes de medicina así como de los paramédicos. Es en estos institutos y centros especializados donde se desarrolla la mayor parte de la investigación.

En los hospitales regionales se lleva a cabo gran parte de la medicina especializada y es en los centros especializados donde se efectúa el entrenamiento de los paramédicos.

Los hospitales distritales otorgan la atención médica general con la posibilidad de pruebas adicionales: rayos X", exámenes de laboratorio, etc. Asimismo se ofrece mucha de la atención médica general y materna.

La atención de la madre y el niño es llevada a cabo fundamentalmente en los centros de atención primaria a la salud y en la clínicas dispuestas para ello. En los hospitales se ofrece la atención preventiva y curativa así como la educación para la salud a los pacientes de consulta externa.

Los hospitales y las instituciones de la salud son financiadas a través del sistema de presupuesto global. El presupuesto para la investigación comúnmente proviene de fundaciones públicas.

El subsidio del Estado representa el 79% del presupuesto, el 21% restante proviene, tanto de las agencias de seguridad social como del pago del servicio por el propio paciente.

El financiamiento del sistema de salud público y privado es el siguiente: el Estado 50%, los individuos (pacientes) 30% y las compañías de seguros 20%.

Cada paciente tiene libre acceso a los servicios de atención médica otorgados por las instituciones tanto del sector público como del sector privado, de acuerdo a su capacidad de pago ó de los convenios con las aseguradoras.

ORGANIZACIONES DE ATENCION A LA SALUD:

Ministere de la Sante Publique
Cite Welvert
1006 Bab Saadoun
Tunis Tunisia

Ordre des Medecins
18 rue de Russie
Tunis
Tunisia

Amicale des Administrateurs de la Sante
Maternite de la Rabta
La Rabta
Tunisia

56.- ZAMBIA (e.c.)

A.- ESTADISTICAS GENERALES:

1.	POBLACION		8,780.000 (1991)
2.	PNB/PER CAPITA/ANUAL		420 DLS
3.	PORCENTAJE DEL PNB INVERTIDO EN ATENCION A LA SALUD		7.2%
4.	PROMEDIO DE ESPERANZA DE VIDA:		
	VARONES:	50	
	MUJERES:	55	
5.	MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NAC. VIVOS:		82
6.	HABITANTES POR MEDICO:		8347
7.	ALFABETISMO:		68.6%
8.	CLASIFICACION DE HOSPITALES:		
		NUMERO	CAMAS CENSABLES
	HOSPITAL GENERAL Y CENTRAL	14	6,871
	HOSPITAL PSIQUIATRICO	1	505
	OTROS HOSPITALES	67	8,424
	TOTAL	82	15,800

B.- PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD:

A nivel nacional, el gobierno de Zambia tiene la responsabilidad de ofrecer los servicios de salud. En un nivel secundario, los oficiales médicos estatales son responsables de la administración de los servicios de salud. Existen 3 hospitales centrales y 3 hospitales de especialidad que son administrados por el ministro de salud.

El gobierno distribuye los recursos para toda la atención médica, incluyendo la actividad hospitalaria, con excepción de los hospitales para mineros que obtienen sus recursos de instituciones y fundaciones privadas. Los hospitales para mineros son también apoyados con financiamiento del Gobierno pero en un porcentaje mínimo.

El acceso está disponible a todos los ciudadanos y habitantes de Zambia, sin importar su situación socioeconómica ó de seguro del enfermo.

Existe un consejo de salud que define los estándares de calidad de la atención médica que se ofrece en los hospitales.

ORGANIZACIONES ACADEMICAS, GREMIALES Y DE ATENCION PARA LA SALUD:

National Medical Association
 Medical Council of Zambia
 PO Box 32554, Luzka, Zambia

National Nurses Association
 Nursing Council of Zambia
 PO Box 33521, Luzka, Zambia

Ministry of Health
 PO Box 30205
 Lusaka, Zambia

**X ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION:
ORGANIZACION DE LA INFORMACION:**

La información se estructuró en 8 cuadros, el cuadro 1 presenta las variables y las clasifica. El cuadro 2 concentra los datos de la mortalidad infantil (variable dependiente), el número de habitantes por médico, la esperanza de vida, el índice de camas y hospitales, el índice de alfabetismo y el ingreso per cápita anual (variables independientes).

En seguida, los cuadros 3 al 8 muestran la información de la variable dependiente, la mortalidad infantil, con cada una de las variables independientes, en el cálculo, por el método de mínimos cuadrados, para el trazo de la recta de regresión lineal simple.

Cuadro 1 IDENTIFICACION DE LAS VARIABLES

Variables	Tipo de variable
M.I. MORTALIDAD INFANTIL	Dependiente
E.VID ESPERANZA DE VIDA	Independiente
H X M HABITANTES POR MEDICO	Independiente
CAMAS INDICE DE CAMAS	Independiente
N.HOP NUMERO DE HOSPITALES	Independiente
ALFAB INDICE DE ALFABETISMO	Independiente
I X H INGRESO PER CAPITA ANUAL	Independiente

ABREVIATURAS

(e.c.) =	Exclusivamente cuestionario.
MI =	Mortalidad Infantil por 1000 nacidos vivos.
HxM x 100 =	Habitantes por médico (a multiplicarse por 100)
EV =	Promedio de esperanza de vida (la cifra mayor entre la registrada de varones o mujeres).
CAMAS x 1000 hab. =	Número de camas por mil habitantes.
HOSP. x 100 =	Número de hospitales (a multiplicarse por 100).
ALFAB =	Índice de alfabetismo (% de la población de quince años de edad o más que sabe leer y escribir).
I x H x 100 =	Ingreso per cápita anual; PNB per cápita: Cifra que se obtiene al dividir el PNB a precios de mercado en dólares entre la población del país a mediados del año dado.
POBLA MILL =	Población en millones.
n =	Columna con el número de países de la muestra

Cuadro 2

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES DE LOS PAISES EN ESTUDIO (La cifra disponible más reciente obtenida entre 1990 y 1991).								
PAIS	MI	HxM x 100	EV	CAMAS x 1000 hab.	Hosp. x 100	ALFAB	I x H x 100	POBLA MILL.
JAPON	5	6.0	79	10.8	96.0	100	254.3	123.9
FINLANDIA	6	5.1	76	12.7	3.6	100	260.4	5.1
KOREA	6	10.7	64	2.0	75.2	92.7	54.0	43.2
SUECIA	6	3.2	78	14.1	8.8	100	236.6	8.6
CANADA	7	4.5	77	6.8	12.3	95.6	204.7	27.1
HOLANDA	7	4.1	77	6.1	2.7	100	173.2	15.1
IRLANDA	7	6.8	74	8.5	1.7	100	95.5	3.5
SINGAPUR	7	8.3	74	N/R	N/R	87.6	111.6	2.7
SUIZA	7	3.3	78	12.6	7.8	100	326.8	6.8
FRANCIA	7	3.9	77	6.7	10.6	98.8	194.9	57.2
AUSTRALIA	8	4.3	77	8.9	23.9	99.5	170.0	17.3
BELGICA	8	3.1	76	8.1	2.8	100	155.4	9.8
DINAMARCA	8	3.7	75	6.8	1.1	100	220.8	5.2
ESPAÑA	8	2.8	77	5.2	10.1	95.8	110.2	40.1
G.BRETAÑA	8	6.1	76	5.4	18.6	100	161.0	57.4
HONG K.	8	N/R	74	4.1	0.7	N/R	69.1	5.91
NORUEGA	8	3.2	77	N/R	N/R	100	231.2	4.7
BRUNEI	9	14.7	76	3.	0.08	85.1	127.7	0.3
E.UNIDOS	9	4.0	76	5.0	68.2	95.5	217.9	252.6
ITALIA	9	2.3	77	8.1	22.0	97.1	168.3	57.2
ISRAEL	10	3.4	76	5.1	1.2	91.8	109.2	4.9
NUEVA Z.	10	3.7	75	9.0	1.6	100	126.8	3.4
CHIPRE	11	4.8	77	4.7	1.3	94.5	80.2	0.7
GRECIA	11	3.0	77	5.7	7.0	93.2	59.9	10.5
PORTUGAL	12	3.7	75	N/R	N/R	84.0	49.9	10.6

PAIS	MI	HxM x 100	E.V	CAMAS x 1000 heb	HOSP. x 100	ALFA	I X H x 100	POBLA MILLO
COSTA RICA	13	11.3	76	N/R	1.0	93.0	28.5	3.1
MALASIA	13	27.0	70	1.7	1.0	72.6	23.2	18.4
BURMA	14	N/R	63	N/R	N/R	N/R	2.0	41.7
CUBA	14	3.0	77	N/R	2.6	94.0	20.0	10.7
KUWAIT	14	67	74	2.7	0.3	75.1	161.5	2.1
PUERTO RICO	14	3.5	77	3.5	0.8	96.0	60.9	3.5
HUNGRIA	15	3.2	71	9.8	1.4	98.9	27.8	10.6
JAMAICA	16	20.9	73	N/R	N/R	98.4	15.0	2.4
BAHREIN	18	7.1	69	2.3	0.1	77.4	147.0	0.6
MEXICO	18	6.6	73	0.9	11.9	87.3	24.9	87.8
SRI LANKA	19	71.6	71	0.5	0.2	86.1	4.7	17.3
PANAMA	20	8.4	73	3.7	0.3	88.0	23.3	2.5
TAILANDIA	27	48.3	66	1.2	6.8	88.8	14.2	57.0
ALBANIA	28	5.7	72	4.2	9.1	100	12.0	3.6
CHINA	29	6.2	70	2.0	666.6	72.6	3.7	1115.0
QATAR	31	5.6	70	3.2	0.04	75.7	158.6	0.4
COLOMBIA	37	10.8	69	N/R	10.3	87.0	12.3	33.6
BOTSWANA	38	71.8	67	N/R	8.0	70.8	20.4	1.4
FILIPINAS	41	10.6	64	1.5	20.0	88.7	8.8	62.9
TUNEZ	44	18.3	67	2.1	1.5	65.3	14.4	8.4
JORDANIA	50	6.3	67	1.1	0.4	80.1	15.4	4.2
BRASIL	57	6.8	66	N/R	N/R	81.0	26.8	153.3
INDIA	59	24.1	59	N/R	N/R	48.2	03.5	849.6
INDONESIA	61	73.8	62	0.1	2.8	77.6	05.9	187.7
MONGOLIA	62	3.9	63	N/R	3.6	89.5	06.6	2.3
ARABIA S.	65	8.5	65	2.3	2.1	57.2	70.5	14.7
EGIPTO	66	6.1	60	N/R	N/R	48.4	7.6	54.7

PAIS	M.I	HxM x 100	E.V	CAMAS x 1000 heb	HOSP. x 100	ALFA	I X H x 100	POBLA MILL.
KENYA	67	73.1	59	1.5	19.9	59.2	3.7	25.9
SENEGAL	81	170.7	55	N/R	N/R	22.5	7.1	7.5
ZAMBIA	82	83.4	50	1.7	0.8	68.6	4.2	8.8
NIGERIA	85	69.0	52	0.4	7.1	42.4	2.9	112.1

Cuadro 3

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y DE LOS HABITANTES POR MEDICO

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.I.	(M.I) ²	HxM x 100	(HxM) ²	(M.I)(HxM)
JAPON	5	25	6.0	36.00	30.00
FINLANDIA	6	36	5.1	26.01	30.60
KOREA	6	36	10.7	114.49	64.20
SUECIA	6	36	3.2	10.24	19.20
CANADA	7	49	4.5	20.25	31.50
HOLANDA	7	49	4.1	16.81	28.70
IRLANDA	7	49	6.8	46.24	47.60
SINGAPUR	7	49	8.3	68.89	58.10
SUIZA	7	49	3.3	10.89	23.10
FRANCIA	7	49	3.9	15.21	27.30
AUSTRALIA	8	64	4.3	18.49	34.40
BELGICA	8	64	3.1	9.61	24.80
DINAMARCA	8	64	3.7	13.69	29.60
ESPAÑA	8	64	2.8	7.84	22.40
GRAN BRETAÑA	8	64	6.1	37.21	48.80
HONG KONG	8	64	N/R	N/R	N/R
NORUEGA	8	64	3.2	10.24	25.60
BRUNEI	9	81	14.7	216.09	132.30
ESTADOS UNIDOS	9	81	4.0	16.00	36.00
ITALIA	9	81	2.3	5.29	20.70
ISRAEL	10	100	3.4	11.56	34.00
NUEVA ZELANDIA	10	100	3.7	13.69	37.00
CHIPRE	11	121	4.8	23.04	52.80
GRECIA	11	121	3.0	9.00	33.00
PORTUGAL	12	144	3.7	13.69	44.40

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	HxM x 100	(HxM) ²	(M.I)(HxM)
COSTA RICA	13	169	11.3	127.69	146.90
MALASIA	13	169	27.0	729.00	351.00
BURMA	14	196	N/R	N/R	N/R
CUBA	14	196	3.0	9.00	42.00
KUWAIT	14	196	67	4,489.00	938.00
PUERTO RICO	14	196	3.5	12.25	49.00
HUNGRIA	15	225	3.2	10.24	48.00
JAMAICA	16	256	20.9	436.81	334.40
BAHREIN	18	324	7.1	50.41	127.80
MEXICO	18	324	6.6	43.56	118.80
SRI LANKA	19	361	71.6	5,126.56	1,360.40
PANAMA	20	400	8.4	70.56	168.00
TAILANDIA	27	729	48.3	2,332.89	1,304.10
ALBANIA	28	784	5.7	32.49	159.60
CHINA	29	841	6.2	38.44	179.80
QATAR	31	961	5.6	31.36	173.60
COLOMBIA	37	1,369	10.8	116.64	399.60
BOTSWANA	38	1,444	71.8	5,155.24	2,728.40
FILIPINAS	41	1,681	10.6	112.36	434.60
TUNEZ	44	1,936	18.3	334.89	805.20
JORDANIA	50	2,500	6.3	39.69	315.00
BRASIL	57	3,249	6.8	46.24	387.60
INDIA	59	3,481	24.1	580.81	1,421.90
INDONESIA	61	3,721	73.8	5,446.44	4,501.80
MONGOLIA	62	3,844	3.9	15.21	241.80
ARABIA S.	65	4,225	8.5	72.25	552.50

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	HxM x 100	(HxM) ²	(M.I)(HxM)
EGIPTO	66	4,356	6.1	37.21	402.60
KENYA	67	4,489	73.1	5,343.61	4,897.70
SENEGAL*	81	6,561	170.7	29,138.49	13,826.70
ZAMBIA	82	6,724	83.4	6,955.56	6,838.80
NIGERIA	85	7,225	69.0	4,761.00	5,865.00
TOTAL	1,319*	58,275*	880.60*	43,327.88*	36,230.00*

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se incluyeron todos los países a excepción de Senegal ya que el valor de 170 HxMx100 desvía artificialmente la tendencia.

**CALCULO POR EL METODO DE MINIMOS CUADRADOS, DE LA RECTA
DE REGRESION LINEAL SIMPLE ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y
LOS HABITANTES POR MEDICO**

I.- DEFINICION DE VARIABLES

M.I.	=	y
HxM	=	x
n	=	55
Ey	=	1,319
Ex	=	880.60
Ey ²	=	58,275
Ex ²	=	43,327.88
Exy	=	36,230.00

II.- FORMULARIO

Ey	=	(n) (a) + (b) (Ex)
Exy	=	(a) (Ex) + b (Ex ²)

$$b = \frac{n Exy - (Ex) (Ey)}{n Ex^2 - (Ex)^2}$$

$$a = \frac{Ey - b Ex}{n}$$

$$y = a + bx$$

III.-SUSTITUCION

$$b = \frac{55(36,230) - (880.6)(1,319)}{55(43,327.88) - (880.6)^2}$$

$$b = \frac{1'992,650 - 1'161,511.4}{2'383,033.4 - 775,456}$$

$$b = \frac{831,138.6}{1,607,577.4} = 0.51$$

$$b = 0.51$$

$$a = \frac{1,319 - (0.51)(880.6)}{55}$$

$$a = \frac{1,319 - 449.1}{55}$$

$$a = \frac{869.9}{55}$$

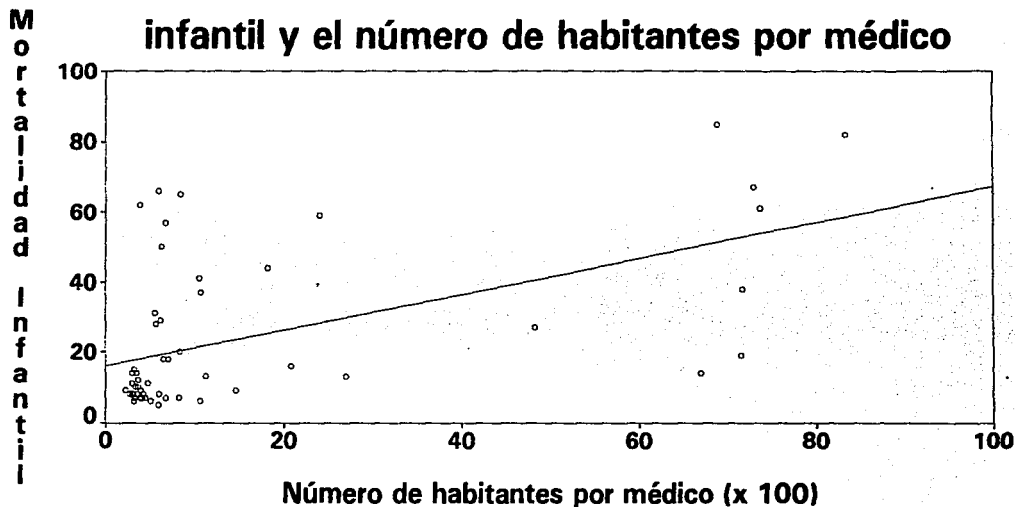
$$a = 15.8$$

Ecuación de la recta:

$$Y = 15.8 + (0.51)(2) = 16.8$$

(4) = 17.8
 (6) = 19.4
 (8) = 19.9
 (10) = 20.9
 (12) = 21.9
 (14) = 22.9
 (16) = 23.9
 (18) = 24.9
 (20) = 26.0
 (22) = 27.0
 (24) = 28.0

Correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y el número de habitantes por médico



Visión comparativa de los sistemas de salud en el mundo, FIH.

1990 - 1991

Cuadro 4

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA ESPERANZA DE VIDA

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	E VIDA	(E.VIDA) ²	(M.I)(E.V)
JAPON	5	25	79	6,241	395
FINLANDIA	6	36	76	5,776	456
KOREA	6	36	64	4,096	384
SUECIA	6	36	78	6,084	468
CANADA	7	49	77	5,929	539
HOLANDA	7	49	77	5,929	539
IRLANDA	7	49	74	5,476	518
SINGAPUR	7	49	74	5,476	518
SUIZA	7	49	78	6,084	546
FRANCIA	7	49	77	5,929	539
AUSTRALIA	8	64	77	5,929	616
BELGICA	8	64	76	5,776	608
DINAMARCA	8	64	75	5,625	600
ESPAÑA	8	64	77	5,929	616
GRAN BRETAÑA	8	64	76	5,776	608
HONG KONG	8	64	74	5,476	592
NORUEGA	8	64	77	5,929	616
BRUNEI	9	81	76	5,776	684
ESTADOS UNIDOS	9	81	76	5,776	684
ITALIA	9	81	77	5,929	693
ISRAEL	10	100	76	5,776	760
NUEVA ZELANDIA	10	100	75	5,625	750
CHIPRE	11	121	77	5,929	847
GRECIA	11	121	77	5,929	847
PORTUGAL	12	144	75	5,625	900

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	E VIDA	(E VIDA) ²	(M.I)(E.V.)
COSTA RICA	13	169	76	5,776	988
MALASIA	13	169	70	4,900	910
BURMA	14	196	63	3,969	882
CUBA	14	196	77	5,929	1,078
KUWAIT	14	196	74	5,476	1,036
PUERTO RICO	14	196	77	5,929	1,078
HUNGRIA	15	225	71	5,041	1,065
JAMAICA	16	256	73	5,329	1,168
BAHAREIN	18	324	69	4,761	1,242
MEXICO	18	324	73	5,329	1,314
SRI LANKA	19	361	71	5,041	1,349
PANAMA	20	400	73	5,329	1,460
TAILANDIA	27	729	66	4,356	1,782
ALBANIA	28	784	72	5,184	2,016
CHINA	29	841	70	4,900	2,030
QATAR	31	961	70	4,900	2,170
COLOMBIA	37	1,369	69	4,761	2,553
BOTSWANA	38	1,444	67	4,489	2,546
FILIPINAS	41	1,681	64	4,096	2,624
TUNEZ	44	1,936	67	4,489	2,948
JORDANIA	50	2,500	67	4,489	3,350
BRASIL	57	3,249	66	4,356	3,762
INDIA	59	3,481	59	3,481	3,481
INDONESIA	61	3,721	62	3,844	3,782
MONGOLIA	62	3,844	63	3,969	3,906
ARABIA S.	65	4,225	65	4,225	4,225
EGIPTO	66	4,356	60	3,600	3,960

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	E. VIDA	(E. VIDA) ²	(M.I)(E.V)
KENYA	67	4,489	59	3,481	3,953
SENEGAL	81	6,561	55	3,025	4,455
ZAMBIA	82	6,724	50	2,500	4,100
NIGERIA	85	7,225	52	2,704	4,420
TOTAL	1,400	64,836	3,965	283,483	90,956

CRITERIOS DE INCLUSION: Se incluyeron todos los países.

CALCULO POR EL METODO DE MINIMOS CUADRADOS, DE LA RECTA DE REGRESION LINEAL SIMPLE ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA ESPERANZA DE VIDA:

I.- DEFINICION DE VARIABLES

M.I.	=	X
HxM	=	Y
n	=	56
Ey	=	1,400
Ex	=	3,965
Ey ²	=	64,836
Ex ²	=	283,483
Exy	=	90,956

II.- FORMULARIO

Ey	=	(n) (a) + (b) (Ex)
Exy	=	(a) (Ex) + b (Ex ²)
b	=	$\frac{n Exy - (Ex) (Ey)}{n Ex^2 - (Ex)^2}$
a	=	$\frac{Ey - b Ex}{n}$
y	=	a + bx

III.-SUSTITUCION

$$b = \frac{56(90,956) - (3,965)(1,400)}{56(283,483) - (3,965)^2} =$$

$$b = \frac{5'093,536 - 5'551,000}{15'875,048 - 15,721,225}$$

$$b = \frac{-457,464.00}{153,823}$$

$$b = -2.9$$

$$a = \frac{1,400 - (-2.9)(3,965)}{56} =$$

$$a = \frac{1,400 + 11,498}{56} =$$

$$a = \frac{12,898.5}{56} =$$

$$a = 230$$

Ecuación de la Recta:

$$Y = 230 + (-2.9)(50) = 85$$

$$(55) = 70.5$$

$$(60) = 56$$

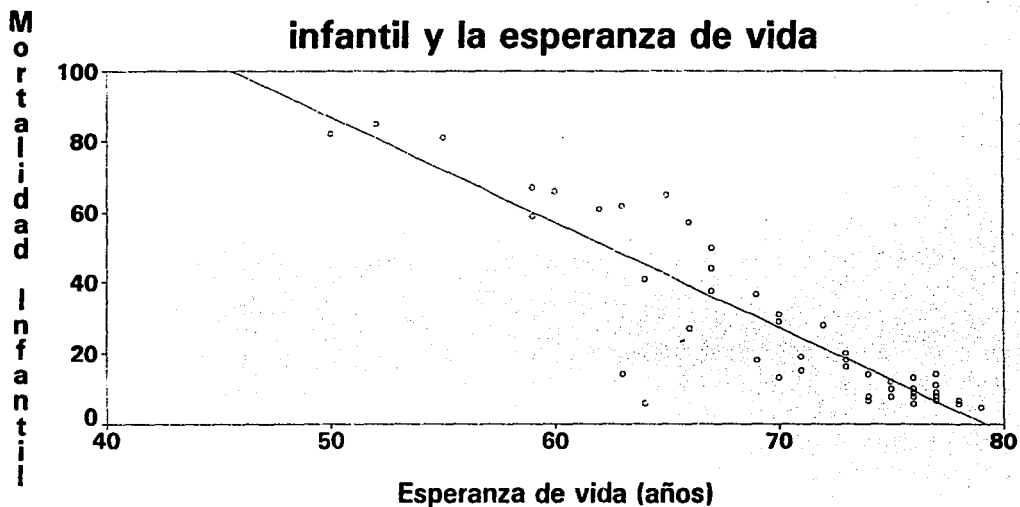
$$(65) = 41.5$$

$$(70) = 27$$

$$(75) = 12.5$$

$$(80) = 2$$

Correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y la esperanza de vida



Visión comparativa de los Sistemas de Salud en el Mundo. FIH.
1990 - 1991

Cuadro 5

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EL INDICE DE ALFABETISMO

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I.) ²	ALFAB	(ALFAB) ²	(M.I.)(ALFA)
JAPON	5	25	100	10,000	500
FINLANDIA	6	36	100	10,000	600
KOREA	6	36	92.7	8'593.29	556.2
SUECIA	6	36	100	10,000	600
CANADA	7	49	95.6	9,139.36	669.20
HOLANDA	7	49	100	10,000	700
IRLANDA	7	49	100	10,000	700
SINGAPUR	7	49	87.6	7,673.76	613.20
SUIZA	7	49	100	10,000	700
FRANCIA	7	49	98.8	9,761.44	691.60
AUSTRALIA	8	64	99.5	9,900.25	796
BELGICA	8	64	100	10,000	800
DINAMARCA	8	64	100	10,000	800
ESPAÑA	8	64	95.8	9,177.64	766.40
GRAN BRETAÑA	8	64	100	10,000	800
HONG KONG	8	64	N/D	N/D	N/D
NORUEGA	8	64	100	10,000	800
BRUNEI	9	81	85.1	7,242.01	765.90
ESTADOS UNIDOS	9	81	95.5	9,120.25	859.50
ITALIA	9	81	97.1	9,428.41	873.90
ISRAEL	10	100	91.8	8,427.24	918
NUEVA ZELANDIA	10	100	100	10,000	1,000
CHIPRE	11	121	94.5	8,930.25	1,039.50
GRECIA	11	121	93.2	8,686.24	1,025.20
PORTUGAL	12	144	84.0	7,056	1,008

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I.) ²	ALFAB	(ALFAB) ²	(M.I.)(ALFAB)
COSTA RICA	13	169	93.0	8,649	1,209
MALASIA	13	169	72.6	5,270.76	943.80
BURMA	14	196	N/D	N/D	N/D
CUBA	14	196	94.0	8,836	1,316
KUWAIT	14	196	75.1	5,640.01	1,051.40
PUERTO RICO	14	196	96.0	9,216	1,344
HUNGRIA	15	225	98.9	9,781.21	1,483.50
JAMAICA	16	256	98.4	9,682.56	1,574.40
BAHAREIN	18	324	77.4	5,990.76	1,393.20
MEXICO	18	324	87.3	7,621.29	1,571.40
SRI LANKA	19	361	86.1	7,413.21	1,635.90
PANAMA	20	400	88.0	7,744	1,760
TAILANDIA	27	729	88.8	7,885.44	2,397.60
ALBANIA	28	784	100	10,000	2,800
CHINA	29	841	72.6	5,270.76	2,105.40
QATAR	31	961	75.7	5,730.49	2,346.70
COLOMBIA	37	1,369	87.0	7,569	3,219
BOTSWANA	38	1,444	70.8	5,012.64	2,690.40
FILIPINAS	41	1,681	88.7	7,867.69	3,636.70
TUNEZ	44	1,936	65.3	4,264.09	2,873.20
JORDANIA	50	2,500	80.1	6,416.01	4,005
BRASIL	57	3,249	81.0	6,561	4,617
INDIA	59	3,481	48.2	2,323.24	2,843.80
INDONESIA	61	3,721	77.6	6,021.76	4,733.60
MONGOLIA	62	3,844	89.5	8,010.25	5,549
ARABIA S.	65	4,225	57.2	3,271.84	3,718
EGIPTO	66	4,356	48.4	2,342.56	3,194.40

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I.) ²	ALFAB	(ALFAB) ²	(M.I.)(ALFAB)
KENYA	67	4,489	59.2	3,504.64	3,966.40
SENEGAL	81	6,561	22.5	506.25	1,822.50
ZAMBIA	82	6,724	68.6	4,705.96	5,625.20
NIGERIA	85	7,225	42.4	1,797.76	3,604
TOTAL	1,400	64,836	4,601	408,042.32	99,613.10

CRITERIOS DE INCLUSION: Se incluyeron todos los países.

CALCULO POR EL METODO DE MINIMOS CUADRADOS, DE LA RECTA DE REGRESION LINEAL SIMPLE ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y ALFABETISMO

I.- DEFINICION DE VARIABLES

M.I.	=	X
HxM	=	Y
n	=	56
Ey	=	1,400
Ex	=	4,601
Ey ²	=	64,836
Ex ²	=	408,042.32
Exy	=	99,613.10

II.- FORMULARIO

Ey	=	(n) (a) + (b) (Ex)
Exy	=	(a) (Ex) + b (Ex ²)

$$b = \frac{n \text{ Exy} - (\text{Ex})(\text{Ey})}{n \text{ Ex}^2 - (\text{Ex})^2}$$

$$a = \frac{\text{Ey} - b \text{ Ex}}{n}$$

$$y = a + bx$$

III.-SUSTITUCION

$$b = \frac{56(99,613.1) - (4,601)(1,400)}{56(408,042.3) - (4,601)^2}$$

$$b = \frac{5'578,333.60 - 6'441,400}{22'850,369.9 - 21,169,201}$$

$$b = \frac{-863,066.4}{1,681,168.9}$$

$$b = -0.5$$

$$a = \frac{1,400 - (-0.5)(4,601)}{56}$$

$$a = \frac{1,400 + 2,300}{56}$$

$$a = \frac{3,700}{56}$$

$$a = 66$$

Ecuación de la recta:

$$Y = 66 + (-0.5)(20) = 56$$

$$(30) = 51$$

$$(40) = 46$$

$$(50) = 41$$

$$(60) = 36$$

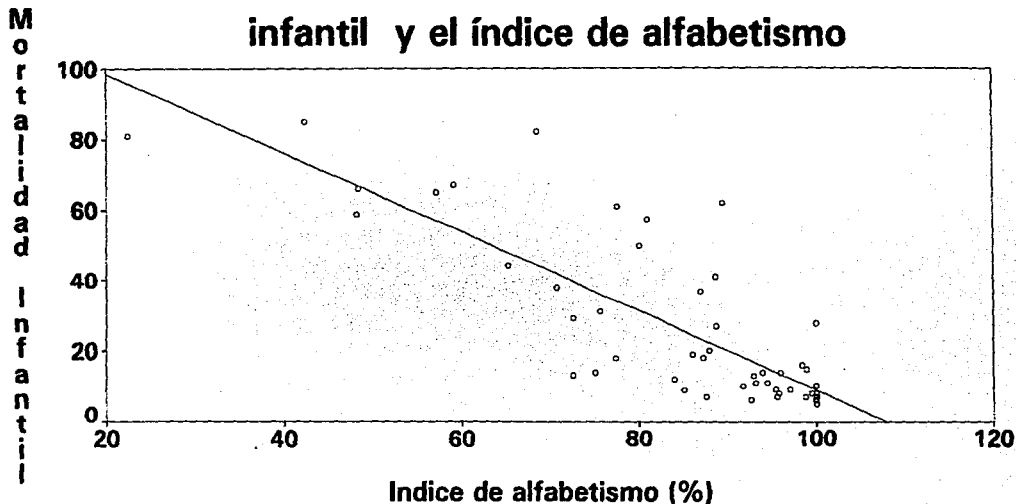
$$(70) = 31$$

$$(80) = 26$$

$$(90) = 21$$

$$(100) = 16$$

Correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y el índice de alfabetismo



Visión comparativa de los Sistemas de Salud en el Mundo, FIH.
1990 - 1991

Cuadro 6

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EL INGRESO PER CAPITA ANUAL

n	y	y ²	x	y ²	xy
PAIS	M.INF	(M.INF) ²	(IxH x 100)	(I x H) ²	(M.I)(IxH)
JAPON	5	25	254.3	64,668.49	1,271.50
FINLANDIA	6	36	260.4	67,808.16	1,562.40
KOREA	6	36	54.0	2,916.00	324.00
SUECIA	6	36	236.6	55,979.56	1,419.60
CANADA	7	49	204.7	41,902.09	1,432.90
HOLANDA	7	49	173.2	29,998.24	1,212.40
IRLANDA	7	49	95.5	9,120.25	668.50
SINGAPUR	7	49	111.6	12,454.56	781.20
SUIZA	7	49	326.8	106,798.24	2,287.69
FRANCIA	7	49	194.9	37,986.01	1,364.30
AUSTRALIA	8	75	170.0	28,900.00	1,360.00
BELGICA	8	64	155.4	24,149.16	1,243.20
DINAMARCA	8	67	220.8	48,752.64	1,766.40
ESPAÑA	8	64	110.2	12,144.04	881.60
GRAN BRETAÑA	8	64	161.0	25,921.00	1,288.00
HONG KONG	8	64	69.1	4,774.81	552.80
NORUEGA	8	64	231.2	53,453.44	1,849.60
BRUNEI	9	81	127.7	16,307.29	1,149.30
ESTADOS UNIDOS	9	81	217.9	47,480.41	1,961.10
ITALIA	9	81	168.3	28,324.89	1,514.70
ISRAEL	10	100	109.2	11,924.64	1,092.00
NUEVA ZELANDIA	10	100	126.8	16,078.24	1,268.00
CHIPRE	11	121	80.2	6,432.04	882.20
GRECIA	11	121	59.9	3,588.01	658.90
PORTUGAL	12	144	49.9	2,490.01	598.80

n	y	y ²	x	y ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	IxHx100	(I x H) ²	(M.I)(IxH)
COSTA RICA	13	169	28.5	812.25	370.50
MALASIA	13	169	23.2	538.24	301.60
BURMA	14	196	2.0	4.00	28.00
CUBA	14	196	20.0	400.00	280.00
KUWAIT	14	196	161.5	26,082.25	2,261.00
PUERTO RICO	14	196	60.9	3,708.81	852.60
HUNGRIA	15	225	27.8	772.84	417.00
JAMAICA	16	256	15.0	225.00	240.00
BAHAREIN	18	324	147.0	21,609.00	2,646.00
MEXICO	18	324	24.9	620.01	448.20
SRI LANKA	19	361	4.7	22.09	89.30
PANAMA	20	400	23.3	542.89	466.00
TAILANDIA	27	729	14.2	201.64	383.40
ALBANIA	28	784	12.0	144.00	336.00
CHINA	29	841	3.7	13.69	107.30
QATAR	31	961	158.6	25,153.90	4,916.60
COLOMBIA	37	1.369	12.3	151.29	455.10
BOTSWANA	38	1.444	20.4	416.16	775.20
FILIPINAS	41	1.681	8.8	77.44	360.80
TUNEZ	44	1.936	14.4	207.36	633.60
JORDANIA	50	2.500	15.4	237.16	770.00
BRASIL	57	3.249	26.8	718.24	1,527.60
INDIA	59	3.481	03.5	12.25	206.50
INDONESIA	61	3.721	05.9	34.81	359.90
MONGOLIA	62	3.844	06.6	43.56	409.20
ARABIA S.	65	4.225	70.5	4,970.25	4,582.50
EGIPTO	66	4.356	7.6	57.76	501.60

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	I X H x 100	(I x H) ²	(M.I)(I x H)
KENYA	67	4,489	3.7	13.69	247.90
SENEGAL	81	6,561	7.1	50.41	575.10
ZAMBIA	82	6,724	4.2	17.64	344.40
NIGERIA	85	7,225	2.9	8.41	246.50
TOTAL	1,400	64,836	4,907	848,219.26	56,530.60

CRITERIOS DE INCLUSION: Se incluyeron todos los países.

**EL METODO DE MINIMOS CUADRADOS, DE LA RECTA
DE REGRESION LINEAL SIMPLE ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y
EL INGRESO POR HABITANTE**

I.- DEFINICION DE VARIABLES

M.I.	=	X
HxM	=	Y
n	=	56
Ey	=	1,400
Ex	=	4,907
Ey ²	=	64,836
Ex ²	=	848,219.26
Exy	=	56,530.60

II.- FORMULARIO

Ey	=	(n) (a) + (b) (Ex)
Exy	=	(a) (Ex) + b (Ex ²)
b	=	$\frac{n Exy - (Ex) (Ey)}{n Ex^2 - (Ex)^2}$
a	=	$\frac{Ey - b Ex}{n}$
y	=	a + bx

III.-SUSTITUCION

$$b = \frac{56(56,530.60) - (4,907)(1,400)}{56(848,219.26) - (4,907)^2}$$

$$b = \frac{3'165,713.6 - 6'869,800}{47'500,278.5 - 24,078,649}$$

$$b = \frac{-3'704,086.4}{23,421,629.5}$$

$$b = 0.15$$

$$a = \frac{1,400 - (-0.15)(4,907)}{56}$$

$$a = \frac{1,400 + 736}{56}$$

$$a = \frac{2,136}{56}$$

$$a = 38$$

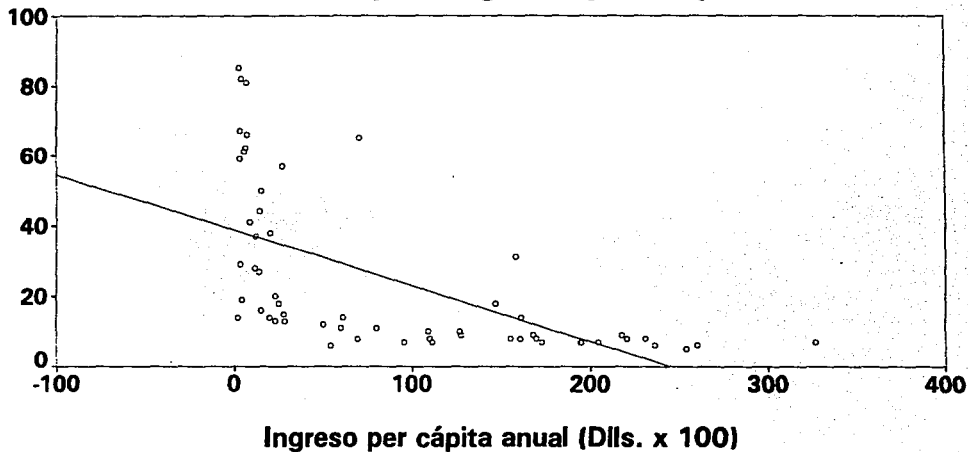
Ecuación de la recta:

$$Y = 38 + (-0.15)(20) = 35$$

(40) = 32
 (60) = 29
 (80) = 26
 (100) = 23
 (120) = 20
 (140) = 17
 (160) = 14
 (180) = 11
 (200) = 8

Correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y el ingreso per cápita

Mortalidad infantil



Visión comparativa de los Sistemas de Salud en el Mundo, FIH.
1990 - 1991

Cuadro 7

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EL INDICE DE CAMAS

n	y	y2	x	x2	xy
PAIS	M.INF	(M.INF) ²	CAMAS (x1000)	(CAMAS) ²	(M.I) (CAMA)
JAPON	5	25	10.8	116.6	54.0
FINLANDIA	6	36	12.7	161.2	76.2
KOREA	6	36	2.0	4.0	12.0
SUECIA	6	36	14.1	198.8	84.6
CANADA	7	49	6.8	46.2	47.6
HOLANDA	7	49	6.1	37.2	42.7
IRLANDA	7	49	8.5	72.2	59.5
SINGAPUR	7	49	N/R	N/R	N/R
SUIZA	7	49	12.6	158.7	88.2
FRANCIA	7	49	6.7	44.9	46.9
AUSTRALIA	8	64	8.9	79.2	71.2
BELGICA	8	64	8.1	65.6	64.8
DINAMARCA	8	67	6.8	46.2	54.4
ESPAÑA	8	64	5.2	27.0	41.6
GRAN BRETAÑA	8	64	5.4	29.1	43.2
HONG KONG	8	64	4.1	16.8	32.8
NORUEGA	8	64	N/R	N/R	N/R
BRUNEI	9	81	3.0	9.0	27.0
ESTADOS UNIDOS	9	81	5.0	25.0	45.0
ITALIA	9	81	8.1	65.6	72.9
ISRAEL	10	100	5.1	26.0	51.0
NUEVA ZELANDIA	10	100	9.0	81.0	90.0
CHIPRE	11	121	4.7	22.1	51.7
GRECIA	11	121	5.7	32.5	62.7
PORTUGAL	12	144	N/R	N/R	N/R

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.II) ²	CAMAS x 1000	(CAMAS) ²	(M.II)(CAMA)
COSTA RICA	13	169	N/R	N/R	N/R
MALASIA	13	169	1.7	2.9	22.1
BURMA	14	196	N/R	N/R	N/R
CUBA	14	196	N/R	N/R	N/R
KUWAIT	14	196	2.7	7.3	37.8
PUERTO RICO	14	196	3.5	12.2	49.0
HUNGRIA	15	225	9.8	96.0	147.0
JAMAICA	16	256	N/R	N/R	N/R
BAHAREIN	18	324	2.3	5.3	41.4
MEXICO	18	324	0.9	0.8	16.2
SRI LANKA	19	361	0.5	0.2	9.5
PANAMA	20	440	3.7	13.7	74.0
TAILANDIA	27	729	1.2	1.4	32.4
ALBANIA	28	784	4.2	17.6	117.6
CHINA	29	841	2.0	4.0	58.0
QATAR	31	961	3.2	10.2	99.2
COLOMBIA	37	1,369	N/R	N/R	N/R
BOTSWANA	38	1,444	N/R	N/R	N/R
FILIPINAS	41	1,681	1.5	2.2	61.5
TUNEZ	44	1,936	2.1	4.4	92.4
JORDANIA	50	2,500	1.1	1.2	55.0
BRASIL	57	3,249	N/R	N/R	N/R
INDIA	59	3,481	N/R	N/R	N/R
INDONESIA	61	3,721	0.1	0.01	6.1
MONGOLIA	62	3,844	N/R	N/R	N/R
ARABIA S.	65	4,225	2.3	5.3	149.5
EGIPTO	66	4,356	N/R	N/R	N/R

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	CAMAS x1000	(CAMAS) ²	(M.I)(CAMA)
KENIA	67	4,489	1.5	2.2	100.5
SENEGAL	81	6,561	N/R	N/R	N/R
ZAMBIA	82	6,724	1.7	2.9	139.4
NIGERIA	85	7,225	0.4	0.1	34.0
TOTAL	893	39,314	205.8	1,555.6	2,562.6

**EL METODO DE MINIMOS CUADRADOS, DE LA RECTA
DE REGRESION LINEAL SIMPLE ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y
EL NUMERO DE CAMAS**

I.- DEFINICION DE VARIABLES

M.I.	=	X
HxM	=	Y
n	=	39
Ey	=	893
Ex	=	205.8
Ey ²	=	39,314
Ex ²	=	1,555.6
Exy	=	2,562.6

II.- FORMULARIO

Ey	=	(n) (a) + (b) (Ex)
Exy	=	(a) (Ex) + b (Ex ²)

$$b = \frac{n Exy - (Ex) (Ey)}{n Ex^2 - (Ex)^2}$$

$$a = \frac{Ey - b Ex}{n}$$

$$y = a + bx$$

III.-SUSTITUCION

$$b = \frac{39(2,562.6) - (205.8)(893)}{39(1,555.6) - (205.8)^2}$$

$$b = \frac{99,941.4 - 183,779.4}{60,668.4 - 42,353.6}$$

$$b = \frac{-83,838}{18,314.8}$$

$$b = -4.6$$

$$a = \frac{893 - (-4.6)(205.8)}{39}$$

$$a = \frac{893 - (-946.7)}{39}$$

$$a = \frac{1,839.7}{39}$$

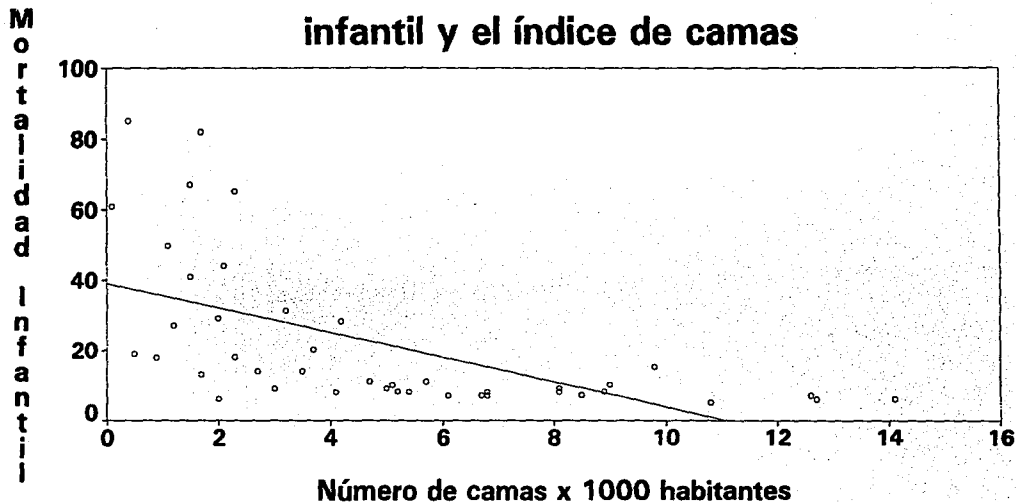
$$a = 47.1$$

Ecuación de la Recta:

$$Y = 47.1 + (-4.6)(30) = -90.9$$

(60) = -228.9
 (90) = -367
 (120) = -505
 (150) = -643
 (180) = -781
 (210) = -919
 (240) = -1104
 (270) = -1195
 (300) = -1333

Correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y el índice de camas



Visión comparativa de los Sistemas de Salud en el Mundo, FIH.

1990 - 1991

Cuadro 8

VALORES DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EL NUMERO DE HOSPITALES

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M. INF) ²	HOSPx 100	(HOSP.) ²	(M.I)(HOS)
JAPON*	5	25	96.0	9,216.00	480.00
FINLANDIA	6	36	3.6	12.96	21.60
KOREA*	6	36	75.2	5,655.04	451.20
SUECIA	6	36	8.8	77.44	52.80
CANADA	7	49	12.3	151.29	86.10
HOLANDA	7	49	2.7	7.29	18.90
IRLANDA	7	49	1.7	2.89	11.90
SINGAPUR*	7	49	N/R	N/R	N/R
SUIZA	7	49	7.8	60.80	54.60
FRANCIA	7	49	10.6	112.36	74.20
AUSTRALIA	8	75	23.9	571.21	191.20
BELGICA	8	64	2.8	7.84	22.40
DINAMARCA	8	67	1.1	1.21	8.80
ESPAÑA	8	64	10.1	102.01	80.80
GRAN BRETAÑA	8	64	18.6	345.96	148.80
HONG KONG*	8	64	0.7	0.49	5.60
NORUEGA*	8	64	N/R	N/R	N/R
BRUNEI*	9	81	0.08	0.01	0.72
E.UNIDOS*	9	81	68.2	4,651.24	613.80
ITALIA	10	100	22.0	484.00	220.00
ISRAEL	10	100	1.2	1.44	12.00
NUEVA ZELANDIA	10	100	1.6	2.56	16.00
CHIPRE	11	121	1.3	1.69	14.30
GRECIA	11	121	7.0	49.00	77.00
PORTUGAL*	12	144	N/R	N/R	N/R

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.II) ₂	HOSP.X 100	(HOSP.) ₂	(M.II)(HOS)
COSTA RICA	13	169	1.0	1.00	13.00
MALASIA	13	169	1.0	1.00	13.00
BURMA *	14	196	N/R	N/R	N/R
CUBA	14	196	2.6	6.76	36.40
KUWAIT	14	196	0.3	0.09	4.20
PUERTO RICO	14	196	0.8	0.64	11.20
HUNGRIA	15	225	1.4	1.96	21.00
JAMAICA *	16	256	N/R	N/R	N/R
BAHAREIN	18	324	0.1	0.01	1.80
MEXICO	18	324	11.9	141.61	214.20
SRI LANKA	19	361	0.2	0.04	3.80
PANAMA	20	400	0.3	0.09	6.00
TAILANDIA	27	729	6.8	46.24	183.60
ALBANIA	28	784	9.1	82.81	254.80
CHINA *	29	841	*666.6	*444,365.56	*19,331.4
QATAR	31	961	0.04	0	1.24
COLOMBIA	37	1,369	10.3	106.09	381.10
BOTSWANA	38	1,444	8.0	64.00	304.00
FILIPINAS	41	1,681	20.0	400.00	820.00
TUNEZ	44	1,936	1.5	2.25	66.00
JORDANIA	50	2,500	0.4	0.16	20.00
BRASIL *	57	3,249	N/R	N/R	N/R
INDIA *	59	3,481	N/R	N/R	N/R
INDONESIA	61	3,721	2.8	7.84	170.80
MONGOLIA	62	3,844	3.6	12.96	223.20
ARABIA S.	65	4,225	2.1	4.41	136.50
EGIPTO *	66	4,356	N/R	N/R	N/R

n	y	y ²	x	x ²	xy
PAIS	M.INF	(M.I) ²	HOSP.X 100	(HOSP.) ²	(M.I)(HOS)
KENIA	67	4,489	19.9	396.01	1,333.30
SENEGAL*	81	6,561	N/R	N/R	N/R
ZAMBIA	82	6,724	0.8	0.64	65.60
NIGERIA	85	7,225	7.1	50.41	603.50
TOTAL	1,015	45,385	249.14	3,318.97	5,999.64

CRITERIOS DE INCLUSION: Se incluyeron los países cuyo número más alto de hospitales fuera igual o menor a 25 y más bajo fuera igual o mayor a uno. En la suma total (n) no se incluyeron los países sin registro.

**EL METODO DE MINIMOS CUADRADOS, DE LA RECTA
DE REGRESION LINEAL SIMPLE ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y
EL NUMERO DE HOSPITALES**

I.- DEFINICION DE VARIABLES

M.I.	=	X
HxM	=	Y
n	=	41
Ey	=	1,015
Ex	=	249.14
Ey ²	=	45,385
Ex ²	=	3,318.97
Exy	=	5,999.64

II.- FORMULARIO

Ey	=	(n) (a) + (b) (Ex)
Exy	=	(a) (Ex) + b (Ex ²)

$$b = \frac{n \text{ Exy} - (\text{Ex}) (\text{Ey})}{n \text{ Ex}^2 - (\text{Ex})^2}$$

$$a = \frac{\text{Ey} - b \text{ Ex}}{n}$$

$$y = a + bx$$

III.-SUSTITUCION

$$b = \frac{41 (5,999.6) - (249.1) (1,015)}{41 (3,318.9) - (249.1)^2}$$

$$b = \frac{245,983.6 - 252,836.5}{136,077.7 - 62,050}$$

$$b = \frac{-6,891.8}{74,027.7}$$

$$b = -0.09$$

$$a = \frac{1,015 - (-0.09) (249.1)}{41}$$

$$a = \frac{1,015 + 22.4}{41}$$

$$a = \frac{1,037.4}{41}$$

$$a = 25$$

$$Y = 25 + (-0.09) \quad (2) = 24.8$$

$$(4) = 24.6$$

$$(6) = 24.4$$

$$(8) = 24.2$$

$$(10) = 24.1$$

$$(12) = 23.9$$

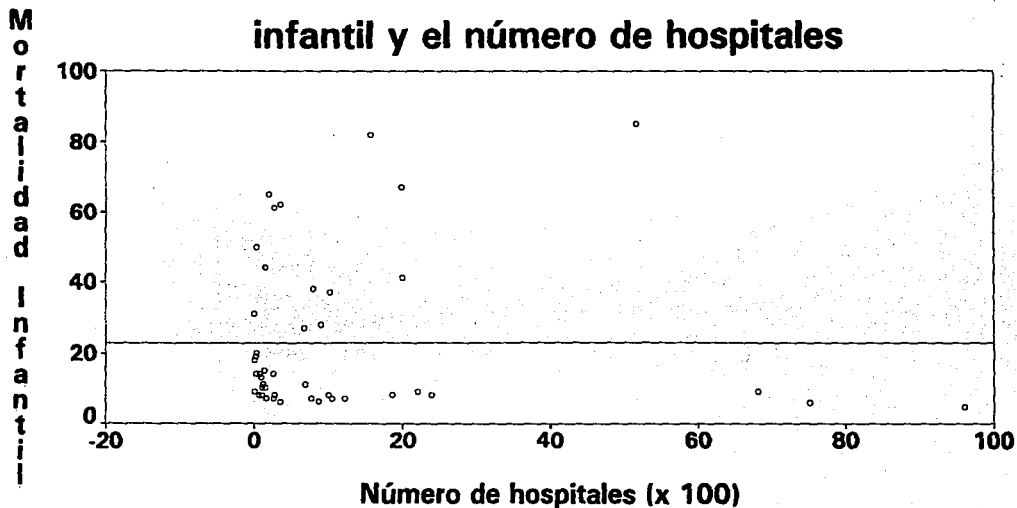
$$(14) = 23.7$$

$$(16) = 23.5$$

$$(18) = 23.3$$

$$(20) = 23.1$$

Correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y el número de hospitales



Visión comparativa de los Sistemas de Salud en el Mundo, FIH.
1990 - 1991

**TABLA DE COEFICIENTES DE CORRELACIÓN
ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES**

Variable	Correlación r	Número de Casos	Probabilidad asociada (p <)
HABITANTES POR MÉDICO	,5346	53	,000
ESPERANZA DE VIDA	-,9024	56	,000
ÍNDICE DE ALFABETISMO	-,8233	54	,000
INGRESO PER CÁPITA ANUAL	-,5921	56	,000
CAMAS POR MIL HABITANTES	-,5898	42	,000
NÚMERO DE HOSPITALES	.0007	45	,996

Nota: Las probabilidades asociadas menores a .05 se consideran significativas.

REGRESIÓN MÚLTIPLE

Se eliminaron los casos con datos faltantes.

Ecuación número 1

La variable dependiente es: MORTALIDAD INFANTIL

Las variables independientes son:

1.HAB.MED 2.E.VIDA 3.ALFABE 4.CAMAS 5.HOSPITAL 6.INGRESO

1. HABITANTES POR MEDICO
2. ESPERANZA DE VIDA
3. ALFABETISMO
4. NÚMERO DE CAMAS
5. NÚMERO DE HOSPITALES
6. INGRESO PER CÁPITA

R Múltiple .94542
 R Múltiple cuadrada .89382
 R Cuadrada ajustada .87258
 Error Estándar 8.14276

Análisis de Varianza

	DF	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio
Regresión	6	16744,43168	2790,73861
Residual	30	1989,13589	66,30453

F = 42,08971 Signif F = ,0000

----- Variables en la Ecuación -----

Variable	B	EE B	Beta	T	Sig T
INGRESO	-,001226	,021515	-,004656	-,057	,9549
HOSPITAL	-,360212	,116708	-,239396	-3,086	,0043
HAB.MED	-,068830	,078090	-,077801	-,881	,3851
CAMAS	,025584	,015416	,120368	1,660	,1074
ALFABE	-,441320	,157952	-,284283	-2,794	,0090
E.VIDA	-2,788683	,448965	-,869713	-6,211	,0000
(Constante)	263,161007	27,044319		9,731	,0000

XI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

DE INDOLE ESPECIFICA:

- El análisis de la información hace evidente que la mayor parte de los gobiernos de los países estudiados, no dispone de información homogénea o sistemática sobre sus sistemas de salud.

- Las variables seleccionadas para este estudio, fueron las adecuadas para poder comprobar la estrecha relación que existe entre la mortalidad infantil (variable dependiente) y la esperanza de vida, habitantes por médico, índice de camas, número de hospitales, índice de alfabetismo, ingreso por habitante (variables independientes).

- Se comprobó que identificar a la variable mortalidad infantil como la variable dependiente fue acertado ya que ésta se comportó acorde a lo que se esperaba en una lógica social.

- La organización de los países se estableció en orden creciente de la mortalidad infantil. En los 56 países analizados, se observa que Japón tiene el registro más bajo de mortalidad infantil, con un indicador de 5 por cada mil nacidos vivos, en cambio Nigeria presenta en este rubro un indicador de 85. Finlandia, Korea y Suecia siguen a Japón con un indicador de 6 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Conviene destacar que estos países se sitúan en un orden muy similar en los indicadores de esperanza de vida, alfabetismo e ingreso per cápita anual, lo cual hace suponer, antes de entrar a mayor análisis, que hay una correlación directa entre estas variables (tabla 2 pág.133).

- En la tabla 3 (pág.136) así como en la graficación correspondiente (pág. 139 bis) se observa que hay relación directa entre la mortalidad infantil y el número de habitantes por médico, lo cual probablemente se debe a que a menor número de habitantes por médico mejores posibilidades de atención institucional e individualizada tienen los niños. Es importante destacar que el número de médicos en una población debe tratar de obtenerse en números relativos y no absolutos ya que la distribución de éstos en el territorio nacional del país objeto de estudio, es una variable fundamental.

Esta es la única gráfica en donde la relación es directa; es decir, conforme aumenta el valor de la variable independiente (habitantes por médico), aumenta el valor de la variable dependiente (mortalidad infantil). Si se opta por invertir el orden de los factores y manejamos el indicador; número de médicos por mil habitantes, seguramente la relación es inversa como en todos los demás casos. Se respetó el orden de habitantes por médico porque es el que presentan la mayoría de las fuentes internacionales: Political Handbook of the World, Demographic Yearbook of the United Nations, Population and Vital Statistics.

En el cálculo por el método de mínimos cuadrados para determinar la regresión entre la mortalidad infantil y los habitantes por médico se confirma lo observado en la tabla (pág.139) y en la gráfica (pág. 139 bis).

- En la tabla 4 (pág.140) se observa clara relación inversa entre la mortalidad infantil y la esperanza de vida. Los países con índices de baja mortalidad infantil se caracterizan por niveles altos de esperanza de vida. Lo anterior se comprueba en el cálculo por el método de mínimos cuadrados para determinar la regresión entre estas dos variables donde a medida que se incrementa el valor de la esperanza de vida, disminuye la tasa de mortalidad infantil. En la gráfica correspondiente (pág.143 bis) se observa que la desviación de los puntos con respecto de la recta es mínima, lo que posiblemente significa que los países que llevan a cabo acciones para disminuir la tasa de mortalidad infantil, también desarrollan programas de salud para la población en general.*

- Al igual que los países con alta esperanza de vida, los países con alto índice de alfabetismo también muestran una relación inversa con la mortalidad infantil (ver pág.144). El cálculo de la regresión (pág.147) y su respectiva graficación (pág.147 bis) muestran como a medida que un país tiene mayor índice de alfabetismo, tiene menor tasa de mortalidad infantil.

Gran parte de los países que participaron en este trabajo tiene un indicador de alfabetismo por arriba del 70% de la población. Prácticamente todos los que tienen su indicador de alfabetismo por arriba de 90% presentan una tasa de mortalidad infantil menor a 11 por 1000 nacidos vivos.

- En los datos de ingreso per cápita anual se encuentra una relación evidente entre lo que se reportó por los países en estudio y sus registros de mortalidad infantil, lo cual se observa en la ecuación de la recta respectiva (pág.151). En aquellos países con ingresos per cápita menores a 500 dólares anuales, la correlación lineal no se presenta, es hasta después de esta cifra que se observa claramente (pág. 151 bis).

Países con un registro de ingreso per cápita anual que varía entre 2000 y 3000 dólares (Cuba, Malasia, México, Costa Rica, Hungría) presentan una mortalidad infantil que varía entre 13 y 18 por mil nacidos vivos. Países con un ingreso per cápita anual, que varía entre 12000 y 23000 dólares (800% mayor) tienen una tasa de mortalidad infantil que varía entre 8 y 10 por mil nacidos vivos (40 a 56% menos) (ver pág. 148 y 149). Lo anterior nos hace ver que el incremento que debe haber en el ingreso per cápita anual en un país para poder reducir el indicador de mortalidad infantil un año o más, es de crecimiento logarítmico, no aritmético.

- El ingreso per cápita anual es sin duda una variable que esta muy vinculada al desarrollo de los países y a sus indicadores de bienestar social. Sin embargo, la correlación que se encontró en este estudio no es tan directa como las otras variables, por ejemplo países de ingreso bajo como Zambia y Sri Lanka tienen el mismo ingreso per cápita, pero Sri Lanka tiene un índice de mortalidad infantil de 19×1000 n.v. y de esperanza de vida 71 en cambio Zambia presenta un índice de mortalidad infantil de 82×1000 n.v. y una esperanza de vida de 50 (tabla 2 y tabla 6). Entre los países de ingreso mediano Brasil y Hungría tienen un ingreso per cápita semejante (26.8 y 27.8 respectivamente), pero la mortalidad infantil es dos tercios menor en Hungría (57 vs. 15). Es importante tener presente que la calidad de la información estadística depende mucho de los medios y los recursos que dispone cada país para obtenerla, por ello, debemos tomar con reserva la información procedente de algunos países de Latinoamérica, Africa y Asia, sobre todo cuando esta información es para compararla con naciones europeas o de Norteamérica.

- En el caso del número de camas por mil habitantes los resultados mostraron que conforme se va incrementando el indicador del número de camas, va disminuyendo la tasa de mortalidad infantil, esto es debido probablemente a que refleja la infraestructura de que dispone el país para dar respuesta a la atención médica hospitalaria (ver tabla 7 pág. 152). En la ecuación de la recta se presenta esta correlación (pág. 155) sin embargo llama la atención que la correlación no es muy fuerte hasta el indicador de 4 por mil habitantes, después de este registro ya es notoria la relación (pág. 155 bis).

El indicador de número de camas por mil habitantes actualmente tiene vinculación con el grado de desarrollo y bienestar social de un país, sin embargo es muy probable que en los próximos años este indicador cambie su valor actual debido a los nuevos enfoques económicos de la medicina y la puesta en práctica de innovadores sistemas de atención a la salud como son el impulso a la atención domiciliaria y la cirugía de corta estancia.

- Para poder utilizar adecuadamente el indicador de número de camas es indispensable que se establezca, en común acuerdo entre los responsables de la información, la clara determinación de cuáles serán las camas a considerar (censables) y cuáles quedarán fuera de la sumatoria (no censables).

- El indicador del número de hospitales en el país no mostró ser un dato útil para relacionarlo con variables como la mortalidad infantil y las variables independientes probablemente porque la información presentada por cada país está hecha de acuerdo a lo que definieron como hospital, existiendo la posibilidad de que en algunos reportes no se incluyeran las clínicas, sanatorios, maternidades, centros médicos, etc. y en otros reportes se considerarían incluso aquellos consultorios que cuentan con una o dos camas.

- La gráfica de la correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y el número de hospitales (pág.159 bis) muestra que con los datos registrados, no existe relación directa o inversa. Se traza una línea horizontal que significa la nula correlación.

INTERPRETACION ESTADISTICA: TABLA DE COEFICIENTES DE CORRELACION ENTRE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES:

- En las páginas 160 y 161 se puede observar la correlación lineal simple entre la mortalidad infantil y cada una de las variables independientes que hemos estudiado. De igual forma se observa la correlación poco significativa (prácticamente nula) entre la mortalidad infantil con el número de hospitales. (Para que se considere significativa la correlación, ésta debe ser por lo menos de 0.400) La "P" significa la probabilidad de que la correlación sea al azar. Se considera que una probabilidad de azar menor a 0.05 no es significativa por lo tanto, en este caso, sí hay correlación. En el caso de la variable número de hospitales la probabilidad de azar es significativa (0.996).

- En la página 161 se presenta la correlación múltiple en donde se pueden hacer las siguientes conclusiones:

. Es un modelo en donde se tomó en cuenta las variables adecuadas ya que todas entraron en la explicación.

. La R cuadrada ajustada nos sirve para dar respuesta a esta interrogante. En este ejercicio el valor de ésta fue de 0.8725, es decir el comportamiento de la variable dependiente (mortalidad infantil) podemos predecirlo con 87% de certeza.

. La ecuación que nos permite predecir la mortalidad infantil de un país del cual se dispone de los datos de las variables independientes, es: $MI = K + B_1(Vi1) + B_2(Vi2) + B_3(Vi3) + n$ donde Vi es la variable independiente que corresponde a cada valor de B.

Una vez determinada la predicción del valor de la mortalidad infantil, debemos identificar el rango de variación (error estándar) de certeza en nuestra predicción, que en este ejercicio es de ± 8.14 niños muertos por 1000 nacidos vivos, lo cual puede considerarse moderadamente alta.

. El análisis de la varianza es para ver que tan acertado o completo es el modelo. La varianza debido a la regresión es amplia (16,744) comparada con la variación debido al error (1,989). Esto significa que el modelo es sólido.

. La razón F (producto de dividir la variación de la regresión sobre la variación del error) nos dice, en este caso, que el modelo es estadísticamente válido y significativo ya que F es muy alta (42,08) y una significancia de F de cero (la cual es una probabilidad asociada de que este modelo haya ocurrido en forma

de azar, que como se puede observar es de cero).

. La columna B muestra cómo por cada unidad de aumento en la variable correspondiente, aumentará negativamente las unidades de mortalidad infantil. Es importante destacar que el análisis que se realiza de regresión múltiple es un análisis multivariado por lo que se observan dos incongruencias aparentes: por un lado en la columna B se reporta signo negativo en el valor correspondiente a los habitantes por médico; es decir si aumenta esta variable disminuye la mortalidad infantil, lo cual no es correcto. Por otro lado el índice de camas presenta signo positivo, es decir conforme aumenta el valor de este indicador, aumenta la mortalidad infantil, lo cual tampoco es correcto.

. La T nos permite identificar que pasa con el modelo si tiene se elimina o no a la variable independiente. A menor valor de la significancia de T la variable es más importante en el modelo. Por ejemplo, el ingreso per cápita tiene un valor de 0.95 lo que significa que no afecta el modelo si se elimina. En cambio esperanza de vida con un valor de 0 sí afecta.

DE INDOLE GENERAL VINCULADAS A LOS RESULTADOS:

EN RELACION A LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD ESTUDIADOS:

- Este estudio muestra de manera muy general, las diferencias que existen en la forma como están organizados los sistemas de salud en los países estudiados así como el impacto de sus estrategias de salud, identificado a través de los indicadores de bienestar social utilizados: la mortalidad infantil, el número de habitantes por médico, la esperanza de vida, el índice de camas, el índice de alfabetismo, el nivel de ingresos per cápita y el número de hospitales.

- Se encontraron características similares en la organización de los sistemas de salud en países con divergencias ya sea en la estructura política, cultural, religiosa, económica, etc. Es decir, los sistemas de salud no están relacionados particularmente con alguna variable social específica.

- El estudio revela que los indicadores del desarrollo están vinculados entre sí y en algunos casos más estrechamente que en otros. Al clasificar los países por indicadores podemos encontrar casos en que el orden varíe según el indicador, por ejemplo Bahrein, Qatar y Kuwait se sitúan en el tercio más alto si el criterio que se aplica es el de acuerdo al ingreso per cápita (ver tabla 2, pág. 133), pero en la mitad si la clasificación se efectúa según la mortalidad infantil y el índice de alfabetismo.

- Se ha visto en los diferentes gobiernos que con respecto a la Salud, cuanto más importancia se le da a los costos en servicios de hospital y otros tipos de servicios curativos a expensas de los servicios educativos, menor es el mejoramiento de los

Indicadores básicos de salud.

- Con respecto al alfabetismo, Japón es uno de los países que corroboran la existencia de este sólido vínculo entre la educación, el bienestar familiar y social, el aumento a la productividad y el crecimiento económico.

- Se observa que no hay un modelo de sistema de salud que responda a todas las necesidades y cubra a toda la población, sin embargo la mayoría de los gobiernos adoptan el compromiso y la responsabilidad de invertir en infraestructura y en la prestación de los servicios básicos a la población de menores recursos.

- En países de Latinoamérica, África y Asia meridional, los hospitales y clínicas estatales son los centros a los que corresponde otorgar la mayor parte de la atención médica y son con frecuencia ineficientes; les caracterizan grandes fluctuaciones de asignaciones presupuestales y escasa motivación de los administradores y auxiliares de salud. Es conveniente crear programas de capacitación, motivación y estímulos para el personal laboral y estudiar opciones para redistribuir y optimizar los recursos.

- La mayoría de los gobiernos delegan la responsabilidad del cuidado de la salud en el un Ministro de salud que es apoyado la mayoría de las veces en colaboradores estatales ó regionales.

- Son muy pocos los países que no reportaron la alternativa de la atención médica gratuita para la población que así lo requiera. En la mayoría de los casos se dispone de la atención médica privada y la atención médica gubernamental, la cual es generalmente gratuita.

- Prácticamente todos los países de este estudio tienen sus sistemas de salud organizados por estados ó regiones.

- En la mayoría de los países, los gastos de la atención médica se cubren con los impuestos recaudados, donaciones y otros financiamientos.

- Varios países cuentan con diversas modalidades de seguros de atención médica privada.

- En éste estudio solo algunos países reportaron contar con algún programa de garantía de calidad de la atención médica.

- La participación del Sector Privado permite que los servicios se presten con mayor eficacia tal como sucede con la educación en Filipinas, Kenya y Kuwait y con la atención de la salud en Tunisia y Zambia.

- Las proyecciones a largo plazo tienen grandes limitaciones particularmente en estos

tiempos de tanta incertidumbre en la economía mundial.

- Los sistemas de salud que cada país diseña y practica de acuerdo a sus necesidades y posibilidades, determina en gran medida los programas de salud pública que en él se desarrollan.

- Es común en los países latinoamericanos que una proporción superior al 60% de la población pobre tenga que viajar más de una hora para conseguir atención primaria de salud, y en muchos casos esta atención es de deficiente calidad y con escasez de medicamentos y equipos diagnósticos así como de prolongados tiempos de espera, atención despersonalizada y con frecuentes diagnósticos equivocados y tratamientos inadecuados.

- En los países de régimen socialista existen también problemas de ineficiencia debido a que los sistemas de salud estatales están sumamente centralizados, son muy burocráticos y frecuentemente poco sensibles a las necesidades de los ciudadanos.

- La satisfacción de las necesidades básicas constituye una parte importante del desarrollo económico y los gobiernos de muchos países en desarrollo la han establecido como prioridad. Para ello se requiere de crecimiento económico y toda una gama de programas sociales.

- El número cada vez mayor de doctores y sobre todo de especialistas, así como la cada vez más amplia disponibilidad tecnológica, son factores que se están conviniendo en países desarrollados tanto de Europa como de América del Norte para generar una demanda creciente de análisis de diagnóstico sofisticado, muchas veces innecesario, así como de procedimientos y tratamientos costosos.

- En países en vías de desarrollo de ingreso medio, la política gubernamental beneficia más a los que están en situación económicamente mejor que a los de menores recursos, en el caso de la seguridad social y los seguros médicos privados esto es muy evidente ya que éstos están diseñados para quienes cuentan con un trabajo estable con un mínimo de ingresos; en cambio la gran mayoría de la población y en especial los de menores recursos dependen del pago de su propio bolsillo y de los servicios públicos accesibles para ellos.

- En el mismo tenor, hay varios países en donde quienes están en mejor situación económica, reciben asistencia gratuita o por debajo del costo en modernos hospitales estatales y subvenciones de los seguros médicos privados y públicos; en ocasiones desplazando en atención a quienes no tienen para pagar el más mínimo servicio.

- En la administración de los recursos materiales, es necesario establecer sistemas de control más precisos y eficientes. Estrategias como la de comprar medicamentos genéricos en lugar de productos farmacéuticos de marcas registradas, han ahorrado

importantes sumas de dinero a los gobiernos que las han implementado.

RECOMENDACIONES:

- Debe seguirse considerando el acceso a la asistencia sanitaria básica como un derecho humano.

- Para los fines de este trabajo, seleccionar la variable de mortalidad infantil como variable independiente fue satisfactorio, es conveniente sin embargo profundizar este estudio, o llevar a cabo estudios similares, en donde se considere la propuesta del banco mundial de clasificar a los países por la variable ingreso per cápita dado que ésta puede estar muy vinculada al sistema de organización social y al sistema nacional de salud.

- Es indispensable en este tipo de investigaciones definir las características y el tipo de organizaciones que serán consideradas como hospitales, para que la información que proporcionen los responsables de los distintos países sea comparable. En este trabajo este dato no es confiable ni útil para llegar a conclusión alguna.

- Es necesario continuar realizando estudios de correlación entre los niveles de salud que caracterizan a los países y la inversión que éstos hacen en ella, por ejemplo en 1990 el gasto público y privado en servicios de salud en todo el mundo, alcanzó un total aproximado de 1.7 billones de dólares, cifra que equivale a un 8% del producto mundial total. Casi el 90% de este monto correspondió al gasto de los países de ingreso alto, lo que traduce un promedio de 1,500 dólares por persona. Estados Unidos consumió por sí solo el 41% del total mundial, es decir más del 12% de su producto nacional bruto. El gasto de los países en desarrollo fue de alrededor de 170 mil millones de dólares lo que equivale al 4% de su producto nacional bruto y un promedio de 41 dólares por persona.

- Las condiciones de salud han mejorado aún en los países más pobres sin embargo el ritmo de avance ha sido desigual por ejemplo Nigeria e Indonesia tenían aproximadamente la misma tasa de mortalidad infantil en 1960, en 1990 esa tasa se ha reducido prácticamente a la mitad en Indonesia pero en Nigeria solo ha bajado ligeramente.

- Es importante considerar que el rápido avance en la reducción de las tasas de mortalidad infantil dará origen a nuevas demandas para los sistemas de atención a la salud ya que, entre otros fenómenos, el envejecimiento de las poblaciones pasará a primer plano las costosas enfermedades no transmisibles de los adultos y ancianos.

- El índice de alfabetismo, es uno de los más valiosos instrumentos para medir el grado de desarrollo y bienestar social.

- Los países de mayor desarrollo social, presentaron los valores más altos de índice de alfabetismo. Este índice mostró estar totalmente vinculado a la mortalidad infantil, es decir en los países que la educación es un compromiso relevante y se dispone de presupuesto para darle prioridad, se ven acompañados de cuidados materno-infantiles, atención del escolar, campañas de vacunación, bajos índices de natalidad y muchas otras acciones más que se vinculan a una disminución en la mortalidad infantil.
- En los países industriales la disminución en la tasa de mortalidad infantil está totalmente en relación al aumento en el ingreso per cápita anual (ver tabla 6 pág. 148). Para el banco mundial el ingreso per cápita debe ser considerado la variable dependiente sobre la cual deben girar los estudios de comparación de los sistemas de salud.
- Es importante que se realicen más estudios en el área de la economía de la salud en lo general y sobre los costos de la atención médica en lo particular. Disponer de estudios sobre la economía de la salud es determinante ya que la adecuada distribución del presupuesto permitirá cubrir a la población que lo requiera en los gastos de atención médica sin descuidar la atención hospitalaria. En varios países de Africa y Asia los grupos de población de menores recursos son con frecuencia perjudicados en cuanto a que el gasto público se inclina pronunciadamente hacia los servicios hospitalarios de costo elevado que benefician en medida desproporcionada a los grupos urbanos sobre los rurales.
- Deben buscarse nuevas estrategias en programas eficientes para las inversiones en materia de salud. En algunos países un solo hospital puede llegar a absorber el 20% o más del presupuesto del Ministerio de Salud.
- Se deben impulsar más los programas de atención a la salud y no necesariamente los de atención médica, ya que gracias a la educación (alfabetismo), al saneamiento del medio ambiente y a la difusión de la tecnología médica se ha visto la reducción de la brecha entre los países en desarrollo y los países en vías de desarrollo en lo que respecta a la mortalidad infantil y esperanza de vida.
- Es importante no sólo que se definan y desarrollen programas públicos destinados al mejoramiento de la atención a la salud, sino que se supervise que se cumplan; un ejemplo es la prestación de los servicios rurales de salud en el estado de Kerala en la India, la campaña para reducir la mortalidad infantil en Malasia y los programas de salud pública para mejorar la esperanza de vida de Costa Rica y China.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

CAPITULO I: MARCO TEORICO

- 1.- Abel-Smith, B. *An International Study of Health Expenditures: and Its Relevance for Health Planning*. Public Health Paper No. 32, World Health Organization, Geneva, 1967.
- 2.- Abel-Smith, B. *Paying for Health Services, Study of the Costs and Sources of finance in Six Countries*. Public Health Paper No. 17, World Health Organization, Geneva, 1963.
- 3.- Andersen Arthur & Co. *The Future of Health Care . CHANGES AND CHOICES AMERICAN COLLEGE OF HEALTH CARE EJECUTIVES*, Swality of healthcare p. 19-29 1987.
- 4.- Andersen Arthur & Co., *The future of health care: changes and choices american college of health care executives Health care payment systems* p. 3136. *Access to health care* p. 11-16. 1990.
- 5.- Andersen, R. Smedby B. and Anderson, O. W. *Medical Care Use in Sweden and the United States*. Research Series 27, Center for Health Administration Studies, University of Chicago, Chicago, 1970.
- 6.- Arroyo P., Langer A., Avila H. Y Llerena C., *Modelo para el Análisis de la Sobrevivencia en la infancia*. *Salud Pública de México* 30 (3): 463-469, 1988.
- 7.- Bashshur R., *Sobre la Evaluación de las Necesidades de Salud*. *Salud Pública de México*. 29 (4): 288-292, 1987.
- 8.- Behm-Rosas H., *La Sobrevivencia en la Infancia: Las Dimensiones del Problema en América Latina*. *Salud Pública en México*. 30 (3): 289-311, 1988.
- 9.- Bobadilla J. L., *La Sobrevivencia de Niños en América Latina, Problema de Tecnología o Cambio Social*. *Salud Pública de México*. 29 (1): 63-64, 1987.
- 10.- Bobadilla J.L., Ceron S. y Coria I., *Cobertura y Calidad del Registro de Defunciones Perinatales en el D.F. SSA., Subsrfa. de Regulación Sanitaria y Desarrollo*. Centro de Investigaciones en Salud Pública. Síntesis Ejecutiva SE-5/86, Méx., Nov., 1986.
- 11.- Bobadilla J. L., Langer G. A. y Schlapfer., *La Mortalidad Infantil en México: Un Fenómeno de Transición*, Méx., Oct., 1989.
- 12.- Rockington F. *World Health (second edition)*. J. & A. Churchill Ltd., London, 1967.
- 13.- Bryant J. *Health & the Developing World*. Cornell University Press, New York, 1974
- 14.- Burns John A., *Practical considerations for planning, management, training, and communications in primary health care*, medex group 1983.
- 15.- Cervantes Carson A., *En Busca de la Explicación (Variables Socioeconómicas en el Estudio de la Mortalidad en la Niñez)*. En Jiménez Ornelas (1) pp. 65-80 , 1990.

- 16.- Colbourne, M. Planning for Health. Oxford University Press, London 1963.
- 17.- COMITE ESTATAL DE ESTADISTICAS, DIRECCION DE DEMOGRAFIA (CUBA)-ONU, CELADE. Cuba: La Mortalidad Infantil según Variables Socioeconómicas y Regionales. San José 1979.
- 18.- Cordero E., La Subestimación de la Mortalidad Infantil en México. Demografía y Economía. El Colegio de México 2 (1): 44-62, 1968. Encuéntrese también en "La Mortalidad Infantil en México 1922-1975. Almada Bay I. (compilador). IMSS. Méx., pp.205-227, 1982.
- 19.- Córdova C.A., Leal F.G. Y Martínez S.C., El Problema del Diagnóstico Médico en la Investigación de la Mortalidad por Causa. Investigación Multidisciplinaria de la Mortalidad y la Morbilidad en Menores de Cinco Años. Jiménez Ornelas (1) pp. 39-45. 1992.
- 20.- Corona Vázquez R., Las Estadísticas de Mortalidad en la Niñez (Señalamientos sobre Algunas de sus Características en los Últimos Años). Jiménez Ornelas (1) pp.83-100. 1989.
- 21.- Costos de la Atención Primaria. Eficiencia de Unidades de primer Nivel de Atención. Estudio de Caso. IDRC. Informe 222s, Cali, Colombia, 1989, pp. 18-25. CENTRO DE INVESTIGACIONES MULTIDISCIPLINARIAS EN DESARROLLO.
- 22.- Chan L.S. and Portnoy B., Maternal and Child Mortality alongs the US-México Broder. American Journal Prev. Med. 2 (1): 42-48, 1986.
- 23.- Da Silva Torrado A., Perspectivas de la Salud Materna y Neonatal en Portugal. Salud Pública de México. 30 (5): 700-713, 1988.
- 24.- Evang, K. Health Service, Society, and Medicine. Oxford University Press, London, 1960.
- 25.- Evang, K., Murray, D.S., and Lear, W. J. Medical Care and Family Security-Norway, England, U.S.A. Prentice-Hall, Englewood-Cliffs, N.J., 1964.
- 26.- Farndale James W.A. West german hospitals and european medical care services Ravenswood publication, studies in international hospital and health care no. 3 General editor: W.A. Farndole. Health care services p. 22-34 Health services in the european health care services countries, by C.V. Lowe p. 127-135. 1989.
- 27.- First International Congress on group Medicine. New Horizons in Health Care. First International Congress on Group Medicine, Winnipeg, Manitoba, Canada, 1970.
- 28.- Frejka T. y Frenk J. Antecedentes y objetivos del "Taller Internacional de Supervivencia en la Infancia". Presentación. Salud pública de México. 30 (3): 285-286, 1988.
- 29.- Friedman Emily, Making choices: Ethics issues for health care professionals, ed. AMERICAN HOSPITAL PUBLISHING, INC. AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION 1986.
- 30.- Fry, J. Medicine in Three Societies-Comparison of Medical Care in the URSS, USA and UK. American Elsevier Publishing Company, Inc., New York, 1970.
- 31.- Gabriel and Ronen I., Estimates of Mortality from Infant Mortality Rates. Population Studies 12 (2), 1958.

- 32.- Gbolahan A. O., Child Mortality in a Nigerian City: Its Levels and Socioeconomic Differentials. Soc. Sci. Med. 27 (6): 607-614, 1988.
- 33.- Glaser, W.A. Paying the Doctor. Johns Hopkins Press, Baltimore, 1970.
- 34.- Glaser, W.A. Social Setting and Medical Organization, 1971.
- 35.- Gómez de León J.L., La Mortalidad Rural en México: Un Análisis Exploratorio del Peso Relativo de Algunas de sus Determinantes. Taller Internacional citado en Ref. 134.
- 36.- Gómez L.C. y Ruiz Salguero M., El Papel de las Encuestas en la Producción de Información para el Análisis de la Mortalidad. En Seminario citado en Ref. 136. 1989.
- 37.- González Casanova y Aguilar Camín (Eds.), La Crisis y la Salud. México ante la Crisis. México Siglo XXI, pp. 87-116. 1990.
- 38.- González Cervera A. y Cárdenas Elizalde R. Mimeo, La Medición de la Mortalidad Infantil. Los Problemas y las Alternativas. U.A. Metropolitana, Xochimilco, Depto. de Atención a la Salud. Méx. 1990.
- 39.- González Cervera A. y Cárdenas Elizalde R., La Mortalidad Infantil en México (1933-1974): Nuevas Estimaciones. Rev. de Estadística 1 (2): 15-23, 1986.
- 40.- González Cervera A., La Cuarta Etapa. Los Posibles Problemas de una Transición Demográfica Consumada en México. U.A.M. Unidad Xochimilco, Depto. de Atención a la Salud, Mimeo, México, 1990.
- 41.- Grant J., Estado Mundial de la Infancia 1990. UNICEF, Ginebra, 1990.
- 42.- Grundy & W.A. Reinke, Health practice research and formalized managerial methods WORLD HEALTH ORGANIZATION GENEVE, public health papers no. 51. Training for health administration and health practice research p. 165-181, 1980.
- 43.- Gunatilleke Godfrey, Intersectorial and health development WORLD HEALTH ORGANIZATION offset publication no. 83 Macroeconomic and social policies and their influence on health p. 20-25. 1989.
- 44.- Guzmán J.M., Mortalidad Infantil y Diferenciación Sociogeográfica en América Latina, 1960-1980. Ponencia en el Seminario "La Mortalidad en México: Niveles, Tendencias y Determinantes", 6-9 Nov. 1984, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- 45.- Hansluwka H. Foreword., Infant and Child Mortality in The Third World. CICRED-WHO/OMS, Paris, 1983.
- 46.- Honey, J.C. Planning and the Private Sector. Dunellen Publishing Company, Inc., New York, 1983.
- 47.- Jiménez Ornelas R., Diferenciación Social y Mortalidad en Menores de 5 Años en México (Estudio de 3 Grupos Sociales). UNAM-Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Méx. 1988.

- 48.- Jiménez Ornelas R., Investigación Multidisciplinaria de la Mortalidad y Morbilidad en Niños Menores de Cinco Años (Primer Seminario de Demografía Formal). UNAM Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México, 1989.
- 49.- Jiménez Ornelas (1), Proyecto de programa de Movilización Social para la Reducción de la Mortalidad Infantil en Naucalpan, Edo. de México, 1988, Mimeo. pp. 153-161. INSTITUTO DE SALUD PUBLICA DE MEXICO-INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.
- 50.- Jimenez Ornelas y Minujin Z.A., Características y Evolución de la Mortalidad en México. Los Factores del Cambio Demográfico en México. Siglo XXI, IIS, UNAM, pp. 21-43 Méx. 1984.
- 51.- Kent P.W., International aspects of the provision of medical care oriel press stocksfield London Health care in the federal Republic of Germany W.D. Gerner p. 31-37 Manpower problems in the medical care system in Canada J.R. Evans p. 55-67. 1977
- 52.- Krøeger A. y Luna R., Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. OPS, Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg, pp. 126-146, 187. Méx. 1987
- 53.- Kumate J. y Soberon A., Salud para Todos ¿Utopía o Realidad? El Colegio Nacional, Méx., , pp. 60-68, 1989.
- 54.- Leete R., The post-Demographic Transition in East and Southeast Asia Similarities and Contrasts With Europe. Populations Studíes. 4(2): 187-206, 1987.
- 55.- López Acuña D., La Salud Desigual en México. 5a. Ed. Siglo XXI, Méx., pp. 20-167, 1984.
- 56.- Marshall W. Raffel, Comparative health systems, DESCRIPTIVE ANALYSES OF FOURTEEN NATIONAL HEALTH SYSTEMS, the pennsylvania state university press 1984 austria p. 1-52, Belgica p. 55-86, Canada p. 86-133, China p. 133-153, Denmark p. 153-179, England p. 197-258, France p. 258-286, Germany 286-335, Japan p. 335-371, Netherlands p. 371-419, New zeland p. 419-470, Sweden p. 470-488, Usa p. 519-586, 1991.
- 57.- Maxwell Robert, The national health service, transaction books, policy journals 1988, primary care services, p. 34-51.
- 58.- Menéndez E. L. Mortalidad en México. ¿A Preguntas Simples, Sólo Respuestas Obvias?. En Jiménez O. (1) p.p. 19-38. 1990.
- 59.- Mojarro O. y Nuñez L., Mortalidad Infantil en México: Tendencias y Factores Determinantes. Salud Pública en México. 30 (3): 329-345, 1988.
- 60.- Mosley W.H., Determinantes Biológicos y Socioeconómicos de la Supervivencia en la Infancia. Salud Pública de México. 30 (3): 312-328, 1988.
- 61.- Narro R.J. y Ponce de León C.R. Algunas Consideraciones sobre Mortalidad Infantil en México. La Mortalidad Infantil en México 1922-1975. Almada Bay (comp) IMSS, Méx. Véase también en Rev. Fac. Med. (2)6, 1979.
- 62.- Necesidades Esenciales en México. Situación Actual y Perspectivas al Año 2000 Vol. 4. Salud. siglo XXI, Méx. 1982, pp.13-77. Coplamar.

- 63.- Ochoa Díaz López H., Sánchez Pérez H.J., Castillo Castañeda A., Martínez G.L.A., Necesidades y Servicios de Salud en la Población Rural. Síntesis Ejecutiva. SSA, Subtra. de Salud, Dir. Gral. de Reg. de Serv. de Salud, Méx., Mimeo, 7 p., Junio 1990.
- 64.- Ordorica M. Subregistro de la Mortalidad Infantil 1976: Un Estudio de Caso. Investigación Demográfica en México. CONACYT, México., pp. 179-196. 1978
- 65.- Page, E. What price medical care? Preventive prescription for private medicine. J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1960.
- 66.- Pampell F. C. and Pillai V.K., Patterns and Determinants of Infant Mortality in Developed Nations, 1950-1975. Demography 23 (4): 525-541, 1986.
- 67.- Peters, R.J., and Kinnaird, J. (editors). Health Services Administration. E. & S. Livingstone, Ltd., Edinburgh, 1965.
- 68.- Ramos Padilla M. A., Mortalidad Infantil en el Perú. Salud Pública de México, 29 (1): 93-103, 1987.
- 69.- Read, M. Culture, Health, and Disease. Tavistock Publications, London, 1966.
- 70.- Rifkin Susan B., Health planning community participation, CASE STUDIES IN SOUTH-EAST ASIA Ed. Croom Helm. the role of health services p. 37-41. 1990.
- 71.- Roemer, M. I. The Organization of Medical Care under Social Security. International Labour Office, Geneva, 1969.
- 72.- Rohde J. E., ¿Porqué se Muere la Otra Mitad?. La Ciencia y las Políticas de la Mortalidad Infantil en el Tercer Mundo. Educación y Atención Primaria en Salud. UNICEF 15 Dic.- 1982 ED-82/WS/122.
- 73.- Sand, R. The Advance to Social Medicine. Satples Press, London, 1952.
- 74.- Schipperges H. et al. The Utopi of Absolute Health, Eds Krankheit, Heilkuns, Heilung, Verlag Karl Alber, Freiburg, Germany, 1978
- 75.- Shigan E.N., Information systems for health services public health in europe no. 13. REGIONAL OFFICE FOR EUROPE WORLD HEALTH ORGANIZATION "models of the health system as a basis for data collection" p. 87-95, 1989.
- 76.- Sigerist, H.E. Civilization and Disease. University of Chicago Press, Chicago, 1943.
- 77.- Sobrevivencia en la Infancia. Actualización Bibliográfica 1986. Año 1 No. 1 México, 1986. Instituto Nacional de Salud Pública.
- 78.- Special Issue: Theoretical Foundations for the comparative study of medical systems. Soc. Sci. Med. Volume 12, number 2B, April 1978.

- 79.- The European Health Report, European markets in focus, "European health trends and forecasts p. 1980-1990 Great Britain Europe overview p. 9-21,Belgium p. 44-51,Denmark p. 54-62,Finland p. 64-71,France p. 74-82,Germany p. 86-93,Greece p. 102-108,Italy p. 110-118,Netherlands p. 120-132,Spain p. 142-149. Euromonitor. First edition 1989 published by euromonitor publications limited.
- 80.- The European Health Report, European markets in focus p. 1980-1990, European health trends, and forecasts p. 1980-1990, First edition 1986 euromonitor publications. Structure of health care p. 17-21; Austria p. 36-42,Belgium p. 44-51,Denmark p. 54-62,Finland p. 64-71,France p. 74-82,Germany p. 86-93,Greece p. 102-108,Italy p. 110-118,Netherlands p. 120-132,Norway p. 134-140,Spain 142-149,Sweden 152-159,Switzerland 162-168,United Kingdom p. 172-184.
- 81.- Unschuld, Paul U. Comparative systems of health care., department of behavioral sciences, Johns Hopkins University, Soc. Sci. & Med. Vol. 13 A pp 523-527, Pergamon Press. Ltd Baltimore, Maryland 21205, U.S.A. 1979
- 82.- Virgo John M., Health Care. An international perspective, INTERNATIONAL HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT INSTITUTE. 1984. - The Changing Health Care Sector J.M. Virgo p. 3-16. Old beliefs and new doubts in health care policy in europe, by Gilberto Muraro p. 39-49. 1984.
- 83.- White K.L. & Anderson, Health services: concepts and information for national planning and management public health papers 67 who geneva. Approach to the assessment of health care systems and the use of health services p. 38-51. 1990.

CAPITULO VIII: ESTADISTICAS GENERALES Y PRINCIPALES CARACTERISTICAS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Albania

- 84.- Socialist Republic of Albania, Health Services in Europe vol. 2, Country reviews and statistics,WHO, Copenhagen 1981 pag. 1-4

Australia

- 85.- Peter Isaacson, Hospitals and Service, Yearbook and Equipment Catalogue, Australian Hospital Association,12th, Publications Pty Ltd, issn 0817-5004, Public hospitals: pag. 5-10, Private hospitals: pag. 71-120, Department of Health: 128, Health Insurance, Statistics and finance 162, edition 1988.
- 86.- Trends in Health Service Provision and Expenditure in Australia, and their relevance to public, hospitals. Australian Hospital association special monograph 34/87, June 1987
- 87.- Hospital Trends. Australian Hospital Association, Health services monograph 34/87, febrero 1987.
- 88.- E. Reinhardt ph.S. Jaimes madison, Assuring Access, Quality and Efficiency in the delivery and financing of hospital services. Princeton university n.J. Usa. Meeting of the subject: "health and pension policies in the context of demographic evolution and economic constraints", november 25-28 1985

- 89.- George R. Palmer, The Management & Financing of Hospital Services, Australia december 1986, paper presented to the international conference: The validity of diagnosis related groups for application to australian public hospitals.
- 90.- Susan Morey, Mr. Trevor Cumpston, Ms Helen mc, Report of the australian survey team visit to banding, indonesia 1-21, Cue., June 1984.

Arabia Saudita

- 91.- Samir N. Banoub, Unified health policies and strategies for the arab countries in the gulf health policies and strategic for the gulf 34-39, 1989.
- 92.- Saudi health care 1985-1990, looking to the next five years middle east health 25-32 december, 1985.
- 93.- New strategies in the war on waste, Saudi health care 1985-1990 middle east health 39-42 december, 1990.
- 94.- Local firms adapta and prosper, Saudi health care 1985-1990 middle east health december 1990.
- 95.- Past plans and future prospects. Middle east health 37-39, may 1985
- 96.- Health services and the political culture of Saudi Arabia soc. Sei. Med. Vol. 21, No. 3, Pp. 251-262, 1985
- 97.- Hassan Ghaznaws, Primary health care, filling the Gaps in Saudi Arabia's health services P. 353-367 worls health forum vol. 7 1986
- 98.- Zohair Ahmed Sebai, Singular problemrs of rural communities. Community health in Saudi Arabia, Tihama publication 1984. Middle east health 50-51, august 1986
- 99.- Jeddah reflects continuing growth. Arab health 1986 middle east health 43-44 february 1986

Bahrain

- 100.- A.R. Bu-ali., Hospital management and management. Training in Bahrain, World hospitals vol. XVII No. 3, pag. 13-15, August 1981.
- 101.- Public health boost for Bahrain. Middle east health, pag. 9-11 october 1986.
- 102.- Hassouna W.A., Reaching the people: a three-country study of health systems world health forum vol. 4 No. 1 1983 Pag. 57-58.
- 103.- Bookings steady for Arab health business news 8 middle east health, pag. 8-9 January 1986.
- 104.- Bahrain releases health report 8 middle east health, pag. 8, January 1986.
- 105.- Annual report on health statistics Bahrain State of Bahrain; ministry of health directorate of public health 1978.
- 106.- Mohamed Rahma Al-Tajir, State of Bahrain ministry of health p.o. Box 12 Bahrain, Arabian gulf.

Botswana

- 107.- New internationalist. Country profile Botswana Africa review 1987 State of the world's children 1987.

Brazil

- 108.- Woodward Pahn Robert S., Brazilian health care delivery during a recession, bolletin vol. 18, No. 4, p. 371-377 1984.
- 109.- Guerra de Macedo, Cariai , Brazil: acuide-ranging plan for basic health services. Health 2000. World health forum 3 (3): 249-253 (1982)

Burma

- 110.- Burman's road to better health care faer & east health august-september, pag. 29-32, 1985.
- 111.- Burma's voluntary health workers far east health p. 11-13 Aug. Sep. 1984.
- 112.- New \$ 56 m. Hospital. Will revolutionise Burma's health care far east health 21-23 jun-july 1985.
- 113.- Burma on the move special report fare east health march 1987 pag. 28-29
"The public speaks out the national health service" the health service journal "new focies 19 pag. 556-558, may 1988.
- 114.- "The national health service and a tale of buried treasure" the health service journal "new focies 19, pag. 559-560, may 1988.

Canada

- 115.- Canadian hospital directory byter's guide and statistical compendium issn 0068-8932, sep. 85
 . Statistical compendium
 . Outpatient health service centres 135-142
 . Hospitals 15-134 edited by hosp. Association. Pesid.Lean cland marti
- 116.- Leslie Paine, Study tour of hospitals in Canada, one of the world's best health care system editor 10-13 World hospitals vol. Xxii no. 4, December 1985.
- 117.- Health care in Canada. A financial post conference. July 7and 8 1987 halifax Nova Scotia.
- 118.- Anne Crichton, Health policy making fundamental issue in the U.S.A., Canada, Great Britain and Australia, 1982.
- 119.- Rudolf Klein, Health administration press, Michigan p. 98-109. Policy problem and policy perceptions in the national health service, 1988.

China

- 120.- Kuu-Sin lin, Dr. Taiwan healt statistics. Report national Taiwan university hospital Superintendent/director/ 1 chang teh street taipei, 1987.
- 121.- The Hong Kong and shangai banking corporation business profile series the people's Republic of China. July 1980

- 122.- Time review- world- new China. January 23, pag. 20, 1984.
- 123.- Donald R., Tradition of basic tiered health care meets the needs of the people's republic of China, Newkirk hospitals-november 16, pag. 80-84, 1983.
- 124.- Issues of health care financing in the people's Republic of China Department of economics. The Pennsylvania State University Soc. Sci. & Med. Vol. 15 C. pag. 233 to 237, 1981.
- 125.- China, facts and figures medical and health networks edited and published by foreign language press. Beijing, China. Pag. 1-6, 1987.
- 126.- Donna e. Parmelee, Gail Henderson and Myron Cohen, Medicine under socialism some observations on Yugoslavia and China soc. Sc. & Med. Vol. 16 Pag. 1389-1396 1982.
- 127.- Nicolas Prescott and Bean t. Jamison, The distribution and impact of health resource availability in China, international journal of health planning and management vol. 45-56, 1985.
- 128.- Higher standard of care backs up one-child policy health care in China. Far east health. pag. 21-29, March 1986
- 129.- Traditional medicine has big role to play far east health, pag. 25-27, june 1985.
- 130.- Private medicine: Chinese style China report. Far east health, pag. 21-22 august, 1986.
- 131.- The role of the commune hospital in phc in China world hospitals, vol. XXII no. 3 pag. 15-16 September 1986.
- 132.- Rance P.L. Lee, Chinese and western medical care en China's rural communes world health forum 3 (3): 301-306 1986.
- 133.- Alastair Cole, Health Services in the people's republic of China world hospitals vol. XX no. 2 pag. 22-29, April 1984.

Colombia

- 134.- Ruiz Jorge, "Health services administration and public health in Colombian Regional Hospitals". health services management unit University of Manchester. Hospital and health administration. Services review, may 1986.
- 135.- Rodrigo Guerrero, Health centre-hospitals in Cali, Colombia. World hospitals, vol. Xxii no. 3 September 1986.

Costa Rica

- 136.- Carnus Gómez Rosario, Report on visit to study the Costa Rica health service 6-16 november study realized, 1984.
- 137.- Harrison Paul, "Costa Rica's health performance is impressive" world health organization. Febrero 1984.
- 138.- Hospitals and primary health care "hospitals without walls: Costa Rica. By. G. Ortiz Guier and dr. Carlos I. Valverde world hospitals vol. Xvii no. 4 November 1981

Cuba

- 139.- Looking at health care in cuba by: John Cashman window april 1988 pag. 11-12 Newspaper
- 140.- High technology medicine in the caribbean special report 25 years of cuban health care the new england journal of medicine december 8 1983 p. 1468-1471
- 141.- Special study visit-cuba International hospital federation october 4-11 1987

Dinamarca

- 142.- Fact sheet Denmark the press and cultural relations department of the ministry of foreign affairs of Denmark the national board of health by: Nita Rosadhi md.
- 143.- Something "different in the state of Denmark re-organising a Danish hospital hospital and health services review jenuary 1986 pag. 10-14.
- 144.- Health for all in a Danish county by: Claus Lundstedt and Kjeld Moller world health forum vol. 8 2987. Pag. 171-196
- 145.- Public administration and health care in Denmark national board of health of Denmark from the office of the director general Copenhagen 1984 isbn 87 503 4874-4 by: Soren k. Sorensen in 02-128
- 146.- Health Statistics report an the fourth european conference regional office for europe world health organization Copenhagen vol. No. 43 2984 lcp/hst 002
- 147.- Planning methods for the hospital sector world health organization regional office for europe Copenhagen november 1985.

Egipto

- 148.- International funds aid egypt's faltering health middle east health february 1986 pag. 10.16.
- 149.- Emergency medical services planning for urban area and rural area. An egyptian example by: William R. Gemma. and Din Fouad world hospitals vol. Xvi no. 1 February 1981.
- 150.- Healt systems: reaching the people: a three-country study of healt systems by: w.A. Hassouna world health forum vol. 4 1983 Pag. 57-62.
- 151.- Health system. Providing services on the aswan high dam lake egipto G.T. Strickland world health forum. 3 (3) 297-300 1982.
- 152.- Providing affordable medical care in a third world country: the case of egipt inquiry 19 (346-356) winter 1982 by: Gitta Meier.
- 153.- Report on a visit to egypt. February 1980 department of health and social security by industries & exports division 14 russell square london wc1b 5ep
- 154.- A Veiled hint of helth by Angela Davis new internationalist. July 1985 pag. 21-22
- 155.- Egypt: country profile new internationalist, november 1982

España

- 156.- Catálogo nacional de hospitales, Ministerio de Sanidad y Consumo paseo del prado 18-madrid
14 dirección general de planificación sanitaria, enero 1985
- 157.- Reforma Sanitaria 1986 fundamentos para un análisis, Pablo Mansilla Izquierdo, Ministerio de Sanidad y Consumo, servicio de publicación, cap.7 Sistema sanitario en España pag. 109-123.

Estados Unidos

- 158.- Health Care: An International Perspective John M. Virgo and Margaret M. Heckler, international health economics and management institute, box 101, southern illinois university at edwardsville Illinois 62026
- . Old beliefs and new doubts in health care policy ind europe cap. Iv: gilberto muraro 39-48
 - . Health care planning: past experience and future directions Robert J. Maxwell 31-38, cap. 3
 - . The changing health care sector cap. One John M. Virgo 3-16
 - . Business segmentation and competitive economic analysis: Federick S. Fink, cap. 6 63-88
- 159.- Hospital statistics, American hospital association 1986, anual survey data on hospital utilization, revenue expence, service units, personnel and other subjects.
840 North lake shore drive chicago illinois 60611
- . Utilization personnel and finances in puerto rico
 - . Revenue in commentary hospital pag. 180
 - . Hospitals, units and beds by impatient service area in the united states 196.
- 160.- National health care. Expenditures study, dhs publication no. (Phs) 86-3406 private health insurance in the united states data preview 23 us. Department of health and human services. Pamela J. Farley, September 1986
- . Financing health care through private insurance p.5
 - . The extent and structure of private health insurance benefits p. 9-19
- 161.- Statistics on the condition of the world's children on the occasion of unicef's 40 th anniversary "children of the world" 1986 population reference bureau inc. 777 14th street dv.W. Sinte 800 washington a.C. Usa 20 005
- 162.- Love and Medical Care: Urgent needs of abandoned children who live in city streets bu. Dr. Renate G. Justin. M.D. and Joyce Lakey Indiana U.S.A. Journal of world medical association august 1985.
- 163.- Private health insurance in the United States. Nchs: National health care expenditures study department of health and human services data preview 23 Pamela J. Farley, septiembre 1986.
- 164.- Medical Care Chartbook 1986 eighth edition. Avedis Donavedian, Solomon J. Axel Rod, Leon Wyszewianski. Eight edition. Editorial board health administration press. Ann Arbor Michigan
- . Mortality and morbidity: life expectancy trends = 17
 - . National health expenditures: perentage of gross national product, usa and selected countries p.116
 - . Hospitals and hospitals beds: type of hospital p. 229
 - . Hospital and hospitals trends

- 165.- The Revolution. Article of newsweek. January 26, 1987 by Gregg Easterbrook "America Spent \$425 billion on health care, but few of us understand why it cost so much and why it is changing so fast".
- 166.- Health services in the United States a growth enterprise since 1975 by Odin W. Anderson health administration press "Toward an understanding of the health services enterprise" p. 237-247.
- 167.- The U.S. Health system origins and functions. 2o. Edition Marshall W. Raffel wiley medical press
 . Health planning p. 387-405
 . Health in the United States p. 405-427

Finlandia

- 168.- Finland - national board of health 1981: official statistics of Finland, isbn 951466208-3
 ossn:: 0303-2442
 . Development of health and health services
 page 9-15
 . Hospitals - pag 184-201 printed: valtion painatuskeskus
- 169.- XXV Congreso Internacional de Hospitales Finland hall Helsinki mayo 31-junio 5 1987
 guía de información general sobre finlandia-el congreso y su sistema de salud
- 170.- Introducing guideliness for medical care experiencies in Finland by Keijo Kokkola and Harri Smtonen. Hospital and health services review, november 1985 pag. 261-266
- 171.- Healt care in finland by Ministry of social affairs and health national board of health. Helsinki 1986 pag. 5-21
- 172.- Improving health services in Finland report of an IHF special study visit world hospitals vol xx no. 3 August 1984 by Eamon Hannan and Brian O'Connell pag. 7-11
- 173.- Health care in finland, world hospital, vol. XXIII no. 1, Febrero 1987
- 174.- Finland yno lahtiner the finnish hospital league, toinen linja 14

Francia

- 175.- L'organization administrative de la france. Informations hospitalieres special 1987 pag. 6-12.
- 176.- Public health and social assistance forms of manifestation of raising life's queality by Alexandre Berca, and Ivan Nepohoda. La sante' publique' 1982, XXV, 1 21-26
- 177.- The health planning predicament. France, Quebec, England and the United States by Victor G. Rodwing. University of California press 1984.

Gran Bretaña

- 178.- Journal. Thursday 19 noviembre 1987 "the health service journal" for people involved in management 4 little essex street, London wccr 3 lf or 836 6633 member of audit bureau of circulation 96th year of publication. 1987 Macmillan magazines ita issn no. 0952-2271 .
- 179.- Health care UK (United Kingdom) an economic, social, and policy audit. 1986 Policy journals.

- 180.- Edited by Anthony Harrison and John Gretton the old vicarage, madston road berks rg 16-950
 pnted in David cutting graphics by Lington press, station road, foxton. Cambridge. 1989
 . Gps as firms: creating and internal market for primary care 65-68
 . How do we know how much to invest in the nhs 69-78
 . Are the government really spending more on the nhs 85-94
- 181.- World Health Statistics. Annual 1986; world health organization geneve 198615bn924
 C678514 issn 0250-3794 printed in England.
 . Global overview
 . - projected infant mortality rate in the year 2000-p.3 Evaluation of the global
 strategy for health for all - p.33
 . Vital statistics and life tables
 . - population, natality general mortality and natural increase p.56
 . - Life expectancy number of survivors and chances per 1000 of eventually dying
 from specified causes, at select ages by sex. P-76
- 182.- "The impact of medical decision-making on hospital costs".
 World health organization. Regional office for Europe Copenhagen.
 London 11-15 november 1985.
- 183.- "The health in United Kingdom" F. Shing health services division 3 b
 department of health and social security Alexander Fleming house
 elephant and castle. London Sei Gby, 1989.
- 184.- More technologies for rural health. The Royal Society of London
 university press, Cambrige 1980.
 . Rural health care looks to the future p. 173-181
 . By d.A.J. Tyrrell, William Hunderson & k. Elliott
- 185.- The British health system by Liz Rosenberg health management forum spring 1984 p. 5-16.
- 186.- Primary health care: the villore model by Abraham Joseph world health forum, vol. 6, 1985 P.
 118-121.
- 187.- The public/private mix for health, the relevance and effects of change, a.J. Culyer. Gordon
 Forsyth Rudolf Klein, the nuffield provincial hospital trust 1982, the uk scene p. 1-57, The
 marketcer's image of the market. The malities of the market. The private health care sector ir
 britain.
- Hong kong
- 188.- United Christian medical service annual report 1985-86 Hong Kong
 . Kwun tong community health project
- 189.- First referral level hospital support for the community: A practitioner's view from hong kong
 by Edward H. Paterson world health organization geneva 9 december 1985 (working paper)
- 190.- Major Changes in Hong Kong hospital service suggested, dar East health June/july 1986 pag.
 3-4
- 191.- Health services. How good is Hong Kong's health service? by Graham Anderson far east health
 march 1984 pag. 9-10.

- 192.- Hong kong's health care problems. Far east health august/sep. 1982 Pag. 25-27

Holanda

- 193.- Fact Sheet on the Netherlands, fact sheet 4-e-1986 Ministry of Welfare. Health and cultural affairs international relations directorate Sir W. Churchill Laan 368. postbus 5406. 2080 Hk rijs wijk the Netherlands.
- 194.- Health Care in the Netherlands. Place and role of the hospital in the health care system compiled by: M.P.J. Bruins National hospital association of the Netherlands september 1987 fifth version.
- 195.- Care for the mentally retarded in the Netherlands national hospital association, september 1987 compiled by: M.P.J. Bruins.
- 196.- Health care in the Netherlands. Place and roles of the hospital in the health care system (nationale ziekenhuisraad) by: M.P.J. Bruins from the national hospital association of the Netherlands, september 1987 fifth version.
- 197.- Health care in netherlands. Place and role of the hospital in the health care system
Health care intramural and extramural p. 8-14
- 198.- Health hand book an international reference on care and cure by George K. Chacko. north-holland publishing company 1979.

Hungria

- 199.- Work and health in Hungary by Ivan Forgacs, world hospitals october 1986 pag. 23-25 Vol. XIX no. 2.
- 200.- Health care in Hungary by G. Aczel world hospitals, vol. XVIII no. 3, August 1982 pag. 25-26.
- 201.- Health club network development in south Hungary by I. Szilard, A. Ozsvath and J. Tenyc self-help and health in Europe world health organization, 1983 pag. 118-121.
- 202.- First referral level hospital support for the local health system in Hungary by Ivan Sitkely ministry of health Hungary world health organization Geneva 9 december 1985 (working paper)
- 203.- The relation ship between primary health care in villages and hospitals by G. Manyi and Pauliny Hungarian hospital association pag. 27-28 World hospitals, vol. XVIII, no. 3, August 1982
- 204.- Integrated health services in Hungary by Melissa Hardie, world hospitals vol. XVIII; no. 3 August 1982 pag. 29-33.

India

- 205.- Health administrator. Official publications of the indian society of health administrations 136/20 the cross nilson garden bangalore 560 027 editor Ashok Sahni printed at m/s the new printers 3/1 5th cross shankarapuram, basavanagudi bangalore 500-04, 1987.
- . Volumen 5 no. 1 July 87
 - . Planning management and recommendations of underfives diric pag. 27 Dr. Wereke
 - . Integrated child development services scheme panning and management pag. 43 Dr. K. Indirabai
- 206.- Management of health institutions and manpower utilisation in india by Dr. A. Sahni

world hospitals vol. XVI, no. 1 february 1980 p. 25-31.

- 207.- Health care in India: the role of a medical college by Santosh Chawla, world hospitals vol. XVII, no. 4, November 1981 p. 17-21.
- 208.- Health care in Indian cities. Innovations in the planning, management and delivery of health care in big cities by P.N. Ghei world hospitals, vol. XIX, no. 1 Y 2 april 1983 pag. 41-46.
- 209.- Primary health care in rural india by V. Vagdesh. world health forum 2(2) 218-221 (1981).
- 210.- Letting people decide for them selves by Eric R. Ram, world health forum 3(1) 1-10 (1986).
- 211.- Cost reduction in hospitals and healt care proceedings of the seventh annual conference 1986 by Ashok Sahni. Indian society of health administrators.
- funding for health care by T.H. Rindanc pag. 45-49

Indonesia

- 212.- Indonesia's primary health care approach far east health april 1981 pag. 29-32.
- 213.- The road to health for Indonesia's children primary health care far east health, october 1986 pag. 17-19.
- 214.- Visit report Indonesia, bureau of planning, ministry of healt prapatan 10-7 april 1982. by Dr.Hapsara md.

Israel

- 215.- Shifting resouces in Israel by Aviva Ron world health, may 1986 p. 24-26
- 216.- Hospital and community care in Israel by Stephanie Levison, world hospitals, vol. XXII no. 2 June 1986 p. 5-14.
- 217.- Integrated health care: the eneek medical centre Israel by Jacob Zilberg, world hospitals vol. XXII no. June 1986, p. 9-14.
- 218.- Health care in Israel by Stefan D. Ginilewicz, jenuary 1986 work papel numed hospitals inc.

Jamaica

- 219.- A blue prin for the delivery of health care in Jamaica, approaches to primary health care in the common wealth caribbean, Jamaica by Esmond J. Garret and Kanin Kumar educ. Med. Salud vol. 15, No. 3 (1981).
- 220.- Jamaica's backyard nurseries, by Joan Rawlins A.K. Kumar, world health forum vol. 5 1984 P. 136-142.

Japón

- 221.- The japanese health insuranccec system, by Dr. Yoshio Morohashi,(president of the Japan hospital association, IHF conference regional april 23-27 1984, memories.
- 222.- The journal of the Japan hospital association, Japan hospitals july 1986 no. 5, primary health care bu Akiko Kitai p. 35-39; national health administration in Japan p. 61-65.

Jordania

- 223.- Health care report of Kingdom of Jordan, W.G. Asquith, manor way ruialip consultant health-care technology, middx ha4 8he abril 88, tele rvislip (0895) 634052
- 224.- The health care system in United Kingdom of Jordan, W.G. Asquith, 11 manor way, ruialip middx, ha4 8 he.

Kenya

- 225.- Economic evaluation in primary health care, the case of western Kenya community based health care project, by Joseph K. Wang'omba, soc. Sci, med vol. 18, No. 5 Pp. 375-385, 1984.
- 226.- Community health care in Kenya: what next?, by yusuf ali eraj, j.R.S.H. 5, 1986 P. 174-177.
- 227.- The Kenya connection, floucester gazette february 1986, pag. 4-8, by Ken Jarrold's.

Korea

- 228.- Yearbook of health and social, statistics 1987. Ministry of health and social affairs, Republic of Korea; Main health and social indicators p. 4-5; Medical affairs p. 92-96; Social affairs p. 162-168 Social insurance p. 196-216.
- 229.- The Korean health insurance programme a new challenge, by prof. Of. Ryun moon Korean hospital association april 23-27 1984, IHF regional conference. Memories.
- 230.- Primary health care, by Jin-Soon Kim, community health practiciones, in the Republic of Korea, world health forum, vol. 8, 1987, 197-203.
- 231.- Towards equity in health care Korea, by Ok Ryun Moon, world health, may 1986 p. 20-23.
- 232.- Introduction of Korean health plan, organization and financing, by Dr. Sung-Woo, Lee 1983.
- 233.- Health care in Korea-some aspects of the organization and planning of services with particular reference to primary health care, by R.L. Priestley 1986. discussion paper.
- 234.- The first level hospital support for primary health care manpower development and supervision by Mo-In Kim Republic of Korea. world health organization, geneva 9-17, december 1985.
- 235.- Yearbook of health and social statistics ministry of health and social affairs Republic of Kona 1987 33 edition: Statistics in Korea p. 246-260; International statistics p. 278-286; Sanitation p. 72-88.
- 236.- Health services and hospital management, Republic of korea by Yong-ik Kim department of college of medicine, 28 yunkun-dong, cong-roku, Seoul, Korea p. 110-744
- México**
- 237.- Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, Alma Ata, OMS, Ginebra 1978.
- 238.- Atlas de la Salud. Secretaría de Salud. México 1993.
- 239.- Baz Díaz Lombardo Gustavo. Primary health care in the state of México world hospitals vol. XIX no. 3, August 1983 pag. 31-34.

- 240.- Boletín Sectorial de Evaluación de Servicios de Salud. Secretaría de Salud; pp. 3-5, enero-febrero 1993.
- 241.- Castillo Méndez, Ady del Carmen, Estudio de las estrategias del sistema nacional de salud 1974-1994. Universidad Autónoma Metropolitana.
- 242.- Comming participation in health development in the Americas. Paho sci-pres 473 1984 pag. 71-74. The health aystem in mexico: summaries of the caso studies
- 243.- Compendio histórico. Estadísticas vitales 1983-1993. Secretaría de Salud; pp.10-13, México 1994.
- 244.- Conferencia Interamericana de la Seguridad Social. Acapulco, México, Noviembre de 1992.
- 245.- De la Fuente, Juan Ramón, Médicos para el futuro. Revista de la UNAM, Mayo de 1992.
- 246.- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, HSD-SILOS-2, OPS, 1992.
- 247.- Directorio Nacional de Unidades Médicas con camas del sector privado. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud 1994.
- 248.- Fajardo Guillermo, Health care in the Mexican Republic World hospitals vol. Xix no. 1, 2 April 1983 pag. 36-38.
- 249.- Ferreira, J.R. Formación de Recursos Humanos para la Medicina del Año 2000. Educación Médica y Salud; 17:54-65, 1983.
- 250.- Frenk Julio, Lozano Rafael y Cols. Economía y Salud; propuestas para el avance del Sistema de Salud en México. Informe Final, Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
- 251.- Fundación Mexicana para la Salud. Economía y Salud, documentos para el análisis y la convergencia; 1-9, México 1994.
- 252.- Inequidad de los servicios de salud a población abierta. Salud Pública de México, Volúmen 35, páginas 576-583, México 1993.
- 253.- Informe sobre el desarrollo mundial 1993, la tarea acusante del desarrollo. Banco Mundial Whashington, DC.
- 254.- Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Diario Oficial de la Federación, Estados Unidos Mexicanos, 1º de junio de 1992.
- 255.- Ley General de Salud, editorial SISTA, México 1991.
- 256.- Loan, México emergency rehabilitation of infrastructure, development business. Marzo 1986. number 189.
- 257.- Los recursos para la descentralización. Capítulo 1: La descentralización de los servicios de salud: el caso de México. México D.F. Ed. Porrúa 1986.
- 258.- Los profesionistas en México. Publicación del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México 1993.

- 259.- Marco referencial para el desarrollo de la práctica de enfermería en los servicios de salud. Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería; Boletín de la OPS, Volúmen 11:1, 1992.
- 260.- Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud, Ruelas, E. Zurita, B. Revista Salud Pública de México, 35:235-237, México 1993.
- 261.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, SPP Poder Ejecutivo Federal, México 1989.
- 262.- Plataforma Electoral 1994-2000 Certidumbre, Responsabilidad y Cambios: 5.3 Salud. México 1994.
- 263.- Recursos humanos en salud, la perspectiva latinoamericana. Educación médica y salud, OPS/OMS, 25:4, 1993.
- 264.- Rufino I. Macagba. Hospitals and primary health care in México. Medical adviser to worlds vision international, usa. World hospital vol. XVIII no. 2 Mayo 1982.
- 265.- Seis años de esfuerzo 1988-1994. Suplemento de la Secretaría de Salud publicado por el diario oficial el lunes 15 de agosto 1994.
- 266.- Smalley H., The health care system in México, capter 6: foreign programa, the health care system in México; hospital management engineering prentice hall, 1982, pag 100-104.
- 267.- Soberón Guillermo, Frenk Julio, Sepulveda Jaime, The health care reform in México: before and after the 1985 earthquakes. American journal of public health reprint commentary, june 1986 vol. 76-No.6 Pag. 673-680.
- 268.- XI Censo Genral de Población y Vivienda. Instituto Nacional de Estadfstica, Geografía e Informática, México 1990.

Mongolia

- 269.- Jadamba, Starting from scratch -60 years of public health in Mongolia. Z. world health forum vol. 5 1984 Pag. 340-341.
- 270.- Demberel B., Baldandorz, Public health in the Mongolian people's Republic in the 60 years. Since the people's revolution la sante publique, 1982, XXV 1, 13-20.
- 271.- Radnabazar Zh, Development of the health care system in Mongolia, la sante publique 1981, XXIV, 1, 13-17.
- 272.- Mongolia, world health organisation. Annual report 1981, 1982

Noruega

- 273.- Harald Slem, Chorges for health. An introduction to the health services in Norway, edited by universitets for laget as 1986; The foundation of health policy p. 20-22; Boards of health p. 37-41; The national institute of public health p. 41-51; Health services in Oslo p. 98-107; Private care p. 144-150.

Panamá

- 274.- Frerichs R.R., Becht J. N. y Foxman B. Encuesta domiciliaria sobre salud y enfermedad en zona rurales de panamá. Bol. Of sanit. Panamá. 91 (2): 99-113, 1981.

Portugal

- 275.- J.M. Caldeira Da Silva and J.C. Miranda Mateos, Health services in Portugal world hospitals, vol. XX, no. 2 April 1984 11-20 medidas de política para o trienio de 1984-1986 da escola nacional de saude pública e programa de accao para 1984. revista portuguesa de saude publica 64-70. vol. 2, No. 2, Abril/junho 1984.
- 276.- Alvares Docul, Study tour in Portugal, reality evolution culture, contrast and contradiction by Laslie Paire departamento de estudios y planeación del ministerio de salud, 1986, pag. 234-245 boletín mensual de la asociacao portuguesa de administradores hospitalares.

Puerto Rico

- 277.- Brull Nater Jorge, Health services in Puerto Rico MS world hospitals vol. Xxi no. 1 February 1985 pag. 7-12.
- 278.- Reporte del XXIV Congreso Mundial de Hospitales, San Juan Puerto Rico 26 al 31 de mayo 1985 Asociación de hospitales de Puerto Rico, Federacion Internacional de Hospitales,
- 279.- Izquierdo Mora Luis, Health services in Puerto Rico XXIV Congreso Mundial de Hospitales XXIV th international world hospital congress 26-31 may 1985.
- 280.- The public hospital sector in Puerto Rico, Health services in Puerto Rico by Jaime Rivera Dueño world hospitals, vol. XXI no. 1 February 1985 pag. 7.
- 281.- Lastra Carlos J. and Pérez Concepción, Economics and financing of health services in Puerto Rico world hospitals, vol. XXI no. 1 February 1985 pag. 8-14.

Qatar

- 282.- Ali Al Jahahi, year book 1980-81 published by the press and publications department, Ministry of information his highness. Sheik khalifa bin hamad al-thani emit of the state o/poactar "health" pag 81-85 Qatar assistant for administration, Hamad medical corporation, P.O. Box 3050 Doha Qatar.
- 283.- Issa Ghanim Al-Kuwari, Qatar year book. State of qatar ministry of information, published by the press and publications department Health p. 81-89.

Senegal

- 284.- Pape Marel Seine, Community financing in Senegal. world health, may 1986 p. 4-7.
- 285.- Approche du systeme sanitaire Senegalais compte rendu d'un voyage d'etudie du 2 an 17 decembrie 1983 la veoue hospitaliere de france no. 381 Mac. 425-434
- 286.- Jandoes, B. Seck, I. Van de Valden. Primary health care in a Senegalese town: hoy the local people took part world health forum 3(4): 376-379 (1982).

Singapur

- 287.- Singapore's unique medisave scheme far east health jenuary 1986.
- 288.- Massive changes in singapore far east health october 1985 35-36.
- 289.- Singapore spending more on health care far east healt.june 1985 p. 45-47
- 290.- Biro Pusat Statistik. 1989, National Income of Singapur 1983-1988. Singapur.

291.- Kai Hong Phua, Singapore's family saving scheme world health, may 1986, p. 11-13.

Sri Lanka

292.- Rajapaksa R.C. Sri Lanka, primary health care. community health education in common wealth countries. by Gill Walt. And panaela constantinides 1983 printed and published by the common wealth secretariat Sri Lanka. 1985.

293.- The contribution of medical school to national health development. Sri Lanka sep. 1982. Primary health care p. 61-71 (Commonwealth secretariat).

Sweden

294.- Annual Report. Swedish agency for research cooperation with developing countries 1986-1987 allf 1716233, wern quist. & Co tryckeri ab 1987, Sarel, Itarare. Sweden. Salmatorgatan 8 camilla odh norf provincial governor.

295.- Soderholm Bo. Some facts about health care in Sweden. Editor, spri information system may 1987. Average population pag. 1-5. Health care in Sweden pag. 10-15. 3 Wears a head spri 1987-88-89 the Swedish. 1989.

296.- The Swedish planning and ratconolization institute for the healt and social services. Country counnell plers for the health service pag. 10-13. Organizational management. Standarization and product information p.42. 1988.

Swiza

296.- Nils undritz. Hospital Suisse. Statitics dic. 87. Vol II no. 6 Inhalt. Schweizer spital nr 11/1987 Statistics pag. 3-5, secretary general, Swiss hospital association (ueska).

297.- Health services in Switzerland. Veska publications, ch 5001 aarau summer 1983.

Thailandia

298.- Thailand health profile 1985. Ministry of health Banigkok, Thailand. General country information pag 1-5. General health and a health related administration 11-15. Current national health policy 27-29. Health sector financiag 31-35.

299.- Thailand health profile 1985. Ministry of public health. Bangkok, Thailand. General health and health related administration p. 11-15. Current health policy and stategies p. 22-27. Trends p. 28-30. Health sector financing p. 29-39.

300.- Thailand health profile 1985. Ministry of public health, Bankok, Thailand health manpower development p. 50-52. General health and related administration p. 11-18.

XIII ANEXOS

**A Guide to
Health Services
of the World**

published by the

International Hospital Federation

1990

ACKNOWLEDGEMENTS

This project was begun in 1987. The initial questionnaire was developed by a visiting Australian administrator, Allan Cartwright. The material which flowed in as a result of distribution of the questionnaire was analysed by Dr Hector Robledo, a visiting scholar from Mexico who also prepared and reserched new material. The material was further revised by Professor Kris Schuyser of Belgium, Dr Kawaye Kamanga and Dr Victoria Muthali, both of Zambia.

A final review, updating of the data and corrections of information was carried out by Mr Tim Dutton an American hospital administrator. Special thanks are due to Mr Dutton who volunteered two weeks of his vacation to work on the project.

The correction and production editing was my responsibility.

The project was unexpectedly very difficult. It was the earlier researchers who had to begin to unravel the data as it arrived in its various national formats and languages. The later scholars organised and structured the information.

I thank them all for their patience and commitment.

ERRIOL PICKERING PhD
Director General

METHODOLOGY

This text was put together primarily from information provided in response to a questionnaire sent to our IHP member nations. Because, however, the data was often not available or in the wrong format, considerable additional research was required using various sources.

Two of the external references need particular recognition. These were Unicef publications and data from the British publications "The Economist" and "The Health Services Journal".

We however wish to thank our members for their cooperation in providing the information.

Please note that the data relate to the period 1985 - 1989. As various elements of the data relate to different years, care must be taken in any analysis.

2 St Andrew's Place London NW1 4LB
Telephone 01-935 9487
Facsimile 01-487 3674



International
Hospital
Federation
Fédération
Internationale des
Hôpitaux
Federación
Internacional de
Hospitales

3 de Marzo de 1988

A todos los Miembros 'A' de la FIH

Estimado Miembro:

Encuesta de Sistemas Sanitarios Comparativos

Dentro del plazo de este mismo año la FIH planea publicar un manual de información sobre Sistemas Sanitarios Comparativos. A más largo plazo, esta publicación podría llegar a ser una amplia guía para los varios sistemas sanitarios del mundo, con actualizaciones y nueva información. Creemos que una vez compilada, esta información podría ser el principio de un recurso internacional de gran valor.

Por lo tanto, agradeceremos su ayuda y asistencia para reunir esta información. Adjuntamos un cuestionario que agradeceremos rellene y envíe a la Federación Internacional de Hospitales antes del 20 de Abril, lo más tardar. (Si lo prefiere puede contestar las preguntas en páginas por separado)

Con gracias anticipadas, le saludamos muy atentamente.

Elizabeth Adams
Oficial de Redacción

9) Como se financia la Asistencia Sanitaria a cada uno de los niveles descritos en (6)? Proporcionar el porcentaje con el que contribuye cada nivel al total de desembolso (si disponible).

Acceso y Estándarte

10) Tiene acceso al paciente a la Asistencia Sanitaria no importa cuál sea su situación financiera o el seguro con el que cuenta?

Descripción.

Sí

No

11) Existe un Programa de Control de Calidad en el país?

Sí

No,

Si existe, dar una explicación resumida de la situación actual a cada nivel (por ejemplo, nacional, estatal, provincial, etc)

ENCUESTA DE SISTEMAS SANITARIOS COMPARATIVOS

Rogamos, rellene y envíe este formulario a: Federación Internacional de Hospitales, 2 St Andrew's Place, Londres NW1 4LD, Inglaterra, antes del 20 de abril de 1988.

País:

Continente:

Información Estadística

- 1) No. de habitantes: Año:
- 2) Producto Nacional Bruto/anual (en US\$):
- 3) Porcentaje de Producto Nacional Bruto invertido en la Asistencia Sanitaria/anual:
- 4) Promedio de longevidad: Varones: Hembras:
- 5) Índices de Mortalidad Infantil/cada 1.000 nacimientos:

Información de Servicios Sanitarios

Administración

- 6) Es el Sistema Sanitario administrado principalmente a nivel nacional, estatal, provincial, u otro nivel? Descripción concisa.

17) Asociación Nacional Sanitaria/Hospitalaria

Cualquier información adicional que desee proporcionar.

Encuesta completada por:

Nombre:

Posición:

Dirección:

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. CARLOS MARTINEZ GUTIERREZ
MAESTRO DE LA DIVISION
P R E S E N T E.

Apreciable Doctor:


En relación a su atento escrito de fecha 6 de mayo de 1988, en el que indica su anuencia de dirigir la tesis del señor HECTOR ROBLEDO GALVAN, bajo el tema "UN SISTEMA DE SALUD - EN EL MUNDO". expreso lo siguiente:

Que de acuerdo a la exposición de motivos, extracto de la tesis y programa de trabajo para la elaboración de la investigación que el señor ROBLEDO GALVAN presenta en el anexo al escrito de la misma fecha, apruebo en mi calidad de Jefe de la División, la dirección y tema de tesis.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para saludarlo.

A T E N T A M E N T E
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, D.F., a 19 de mayo de 1988.


M.E.A. MA. ANTONIETA MARTIN GRAMADOS
JEFE DE LA DIVISION


25-5-88
C.c.p. Héctor Robledo Galván.
C.c.p. Archivo.

oega*

México, D.F., a 6 de Mayo de 1968.

M.R.A. MA. ANTONIETA MARTÍN ORLANDOS
JEFE DE LA DIVISION DE EXAMENES DE POSGRADO
FACULTAD DE CONTABILIA Y ADMINISTRACION
U.N.A.M.
P R E S E N T E .

Me dirijo a Usted para hacer de su conocimiento que he aceptado dirigir la Tesis:

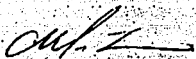
"LOS SISTEMAS EN SALUD EN EL MUNDO"

Que para obtener el grado de Maestro presentará el señor:
Dr. Héctor Robledo Salván

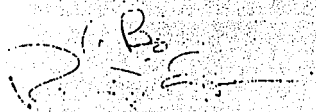
Considero que es un tema de interés porque combina los conocimientos teóricos adquiridos en la maestría con la práctica obtenida por el alumno en el ámbito profesional.

Aprovecho la oportunidad para enviarle un afectuoso saludo y quedo a sus órdenes para cualquier aclaración.

A T E N T A M E N T E



Dr. Carlos Martínez Gutiérrez.



México D.F., a 6 de Mayo de 1939.

M.B.A. MA. ANTONIETA MARTIN GRANADOS
JEFE DE LA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CONTABILIDAD Y ADMINISTRACION
U.N.A.M.
P. R. E. S. I. D. E.

En virtud de que he acreditado las materias señaladas en el Plan de Estudios relativo al Programa de Maestría en Administración de la Atención Médica y Hospitales y de que deseo obtener a la brevedad posible el grado correspondiente, solicito a Usted la aprobación del tema :

"LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO"

para ser desarrollado como tema de tesis.

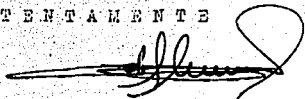
Asimismo ruego a Usted aceptar al Maestro:

Dr. Carlos Martínez Gutiérrez

como Director de tesis, ya que por su calidad académica y su amplia experiencia profesional podrá orientarme acertadamente en el desarrollo del trabajo.

Agradezco de antemano la atención que se sirva prestar a mi solicitud y me pongo a sus órdenes para cualquier aclaración.

A T E N T A M E N T E



Dr. Néctor Robledo Galván

ANEXOS : Carta de aceptación del Director de Tesis
Indice tentativo de la tesis
Exposición de motivos, extracto de la tesis y programa de trabajo para la elaboración de la misma.