

LOS COSTOS DE LAS ALTAS MÉDICAS NO EFECTIVIZADAS EN UN HOSPITAL DE LIMA, PERÚ, 2001 – 2002*

Félix García A¹, Javier Cieza Z¹, Hernán García C¹, Berly Alvarado B¹.

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar los costos de las altas médicas no efectivizadas por falta de pago en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH), Lima, Perú, de los años 2001 y 2002. **Material y métodos:** Se obtuvieron los montos totales, pagados y exonerados de las cuentas de los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago, y los costos del día/cama de cada servicio hospitalario. **Resultados:** En el HNCH los años 2001 y 2002 respectivamente, los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago fueron 2 120 y 1 102 y estuvieron 6 871 y 3 017 días hospitalizados posteriores al alta médica, la cuenta total al momento del alta médica fue \$ 538 692,57 y \$ 298 081,51, la cuenta pagada fue \$ 179 224,69 y \$ 144 740,47 y la cuenta exonerada fue \$ 359 467,88 y \$ 153 341,04; la cuenta exonerada a los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago fue 66,73 % y 51,44 % del total de la cuenta, el monto promedio de la cuenta exonerada por paciente fue \$ 169,56 y \$ 139,15 y los costos por día/cama originados por los días que permanecieron luego del alta médica fueron \$ 202 422,34 y \$ 100 483,56. **Conclusiones:** La permanencia innecesaria del paciente en el hospital luego del alta médica genera una mayor pérdida económica que la exoneración parcial o total en dicho momento.

Palabras clave: Costos; Eficiencia; Hospital. (Fuente: BIREME)

ABSTRACT

Objective: To quantify the costs for non executed discharges in HNCH for 2001 and 2002. **Material and methods:** Total costs (paid for and exonerated) for patients with non-executed discharges and daily in-hospital bed costs were quantified. **Results:** In HNCH, for years 2001 and 2002, respectively, 2 120 and 1 102 patients were discharged but they remained at the hospital; accounting for 6 871 and 3 017 additional days hospitalized. For years 2001 and 2002 , respectively, the total costs at the moment of discharge were US\$ 538 692,57 and US\$ 298 081,51; the amounts paid for were US\$ 179 224,69 and US\$ 144 740,47, and exonerated costs were US\$ 359 467,88 and US\$ 153 341,04, corresponding to 66,73 % and 51,44 % of the total amount to be charged. The average amounts for the cost exonerated to these patients were US\$ 169,56 and US\$ 139,15; and the sum of the daily in-hospital bed costs for the days the patients stayed at the hospital after being discharged were US\$ 202 422,34 and US\$ 100 483,56, respectively, for years 2001 and 2002. **Conclusions:** The unnecessary permanence of the patient at the hospital after being discharged generates a greater economic loss compared to totally or partially exonerating costs for the patients at the time of discharge.

Key words: Costs; Efficiency; Hospital (Source: BIREME)

INTRODUCCIÓN

Dentro de las responsabilidades asumidas por el Estado está la de garantizar la provisión de servicios públicos (seguridad ciudadana, justicia, servicios de salud, educación y vivienda), promover el crecimiento equilibrado y corregir la distribución de la riqueza; para el logro de estos objetivos el Estado puede proveer bienes y servicios, regular la participación privada y subsidiar bienes y servicios que no están al alcance de los pobres. El Estado, a través del Ministerio o Secretaría de Salud, tradicionalmente cumple las funciones de regular el mercado, brindar información y proveer y financiar los servicios de salud^{1,2}. Así, desde la perspectiva de la salud como un derecho inalienable de la persona, el Estado debe garantizar servicios de salud basado en los principios de: solidaridad, mediante el cual todos deben contribuir al financiamiento, con el criterio «el que más

tiene más debe aportar»; afiliación obligatoria, para uniformizar los riesgos y distribuir los costos entre la mayor cantidad de personas; universalidad, garantizando el acceso de toda la población en forma equitativa; y garantía de calidad en la atención, por la cual el paciente debe recibir el mayor beneficio con el menor riesgo y costo.

La reforma del sector salud considera disminuir la expansión del gasto social, separar las funciones de provisión y financiación, focalizar el financiamiento público en los grupos vulnerables y racionalizar las prestaciones médicas^{3,4}. La racionalización de las prestaciones en salud debe evitar hacer un uso innecesario de estas, dado que perjudica tanto a los pacientes como a los establecimientos de salud⁵.

El sistema de salud en el Perú está conformado principalmente por dos grandes organismos públicos, que al mismo tiempo son financiadores y proveedores de

¹ Servicio Social, Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, Perú.

servicios de salud, el Seguro Social y el Ministerio de Salud (MINSA). Conforman también este sistema, las fuerzas armadas y fuerzas policiales, las municipalidades, las organizaciones sin fines de lucro y el subsistema privado de salud. En el Perú existen aproximadamente siete mil establecimientos de salud, la mayoría brinda atención ambulatoria de menor complejidad y la minoría atención hospitalaria de mayor complejidad.

El MINSA del Perú cuenta con más de 100 hospitales de diferentes niveles de complejidad, capacidades de camas y denominación, distribuidos en el ámbito nacional. Estos hospitales cuentan con servicios de emergencia de diferente complejidad, desde atención médica general hasta unidades especializadas en shock-trauma; también cuentan con servicios de consulta externa, principalmente en las especialidades de mayor demanda en la atención ambulatoria. Los hospitales de menor complejidad pueden referir pacientes a los de mayor complejidad, de acuerdo con la necesidad de atención del paciente, tanto para atenciones de consulta externa y emergencia como de hospitalización.

En el Perú los hospitales del MINSA reciben un presupuesto histórico llamado recurso ordinario, el cual es destinado principalmente al pago de salarios de los trabajadores, y en una menor proporción al pago de los bienes y servicios básicos para la atención de salud. Los pacientes que son atendidos en estos hospitales realizan un pago, este dinero forma parte del llamado recurso directamente recaudado, el cual es destinado al pago de incentivos para los trabajadores, y a la adquisición de bienes y servicios especializados para el hospital.

Desde la década pasada se inició la reforma del sector salud peruano, dentro de este proceso de modernización, algunos hospitales grandes, llamados nacionales, de la ciudad de Lima, acordaron con el nivel central del MINSA lo que se vino a llamar "acuerdo de gestión", con la intención de que los hospitales mejoren la gestión de los recursos ordinarios y directamente recaudados, y los servicios de salud a la población. Este proceso de modernización impulsó a los hospitales a plantear diferentes estrategias en el manejo de los recursos, así tenemos que como parte de la gestión de los recursos directamente recaudados mediante el cobro de una tarifa, se establecieron categorías de pago con diferentes montos de acuerdo con la realidad económica de la familia del paciente.

El departamento de servicio social del hospital es el encargado del proceso de categorización, y de ser necesario la exoneración correspondiente a cada paciente. Con el transcurrir del tiempo, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) se fueron presentando una serie de problemas en lo referente a la categorización que este departamento realiza y la capacidad de pago de los familiares del paciente. Así tenemos que, en el momento del alta médica del paciente, éste no puede abandonar el hospital e irse a su casa, debido a que no se pagó la cuenta respectiva, a pesar de la categorización y exoneración, originándose una estadía hospitalaria innecesaria.

La finalidad del presente estudio es cuantificar los costos (la pérdida económica) correspondiente a los años 2001 y 2002 que el hospital, y por consiguiente la sociedad, tuvo

debido a las estadías innecesarias posteriores al alta médica no efectivizada por falta de pago.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente es un estudio descriptivo. La población estuvo conformada por todos los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) de los años 2001 y 2002, reportados por el departamento de servicio social del hospital. Se utilizaron como fuentes de información secundaria las boletas de las cuentas totales, pagadas y exoneradas de los pacientes de alta médica no efectivizada por falta de pago, del Departamento de Servicio Social, y los reportes de los costos del día cama del mes de diciembre del año 2000 de la oficina de costos.

De los reportes del departamento de servicio social del hospital, referidos a los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago de cada servicio hospitalario de los años 2001 y 2002, se cuantificó el número de pacientes, el número de días de internamiento innecesario posteriores al alta médica, y la cuenta total, pagada y exonerada. A partir de los reportes de la oficina de costos del hospital, referidos al costo del día cama de cada servicio hospitalario, se cuantificó el costo de la hospitalización innecesaria posterior al alta médica.

Las variables se definieron operacionalmente, así tenemos que, número de pacientes son las personas que después de indicada el alta médica permanecieron hospitalizadas por falta de pago en el HNCH los años 2001 y 2002; número de días postalta médica son los días transcurridos desde el alta médica hasta que el paciente abandona el hospital; cuenta pagada es el dinero que el paciente abona al abandonar el hospital por los servicios no pagados al momento de recibirlos; cuenta exonerada es el dinero que el paciente "no abona" al abandonar el hospital por los servicios recibidos. Cuenta total es la suma de la cuenta pagada y la cuenta exonerada; cuenta exonerada / cuenta total * 100 es el porcentaje de dinero que el paciente "no abona" al abandonar el hospital; cuenta exonerada / número de pacientes es el dinero promedio que el paciente "no abona" al abandonar el hospital; costo día / cama es el dinero gastado por el hospital en un día de estadía de un paciente, sin considerar exámenes auxiliares, medicinas y procedimientos; costo día / cama postalta médica: es el dinero gastado por el hospital en la estadía de un paciente con alta médica no efectivizada.

Para los cálculos monetarios, se transformaron los nuevos soles peruanos en dólares americanos (\$), para esto se utilizó el tipo de cambio promedio en los bancos, del mes de junio del correspondiente año, según información de la Superintendencia de Banca y Seguros del Perú.

RESULTADOS

Los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago en los años 2001 y 2002 fueron 2 120 y 1 102 respectivamente, siendo cirugía B el servicio hospitalario con la mayor cantidad de estos pacientes. Los días desde el alta médica hasta que el paciente abandonó el hospital en los años 2001 y 2002 fueron 6 871 y 3 017, respectivamente, los servicios hospitalarios con la mayor cantidad de estos días fueron cirugía B el 2001 y medicina B el 2002 (Tabla 1).

Tabla 1. Número de pacientes con alta médica no efectivizada y número de días posalta médica por servicios hospitalarios en los años 2001 y 2002.

Servicios hospitalarios	Altas médicas		Días posalta médica	
	2001	2002	2001	2002
Cirugía a	202	106	859	426
Cirugía b	349	227	1 153	499
Emergencia adultos	152	90	461	233
Emergencia pediátrica	35	10	62	25
Ginecología	96	62	370	161
Medicina a	178	136	671	507
Medicina b	195	204	582	556
Medicina tropical	128	67	402	122
Obstetricia	315	78	686	146
Pediatría	86	24	312	81
Recién nacidos	226	12	524	45
Traumatología	158	86	789	216
Totales	2,120	1,102	6,871	3,017

La cuenta total de los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago en los años 2001 y 2002 fue \$ 538 692,57 y \$ 298 081,51, respectivamente, el servicio hospitalario con la mayor cuenta total en ambos años fue cirugía B. La cuenta pagada de los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago en los años 2001 y 2002 fue \$ 179 224,69 y \$ 144 740,47, respectivamente,

siendo cirugía B el servicio con la mayor cuenta pagada en ambos años. La cuenta exonerada de los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago en los años 2001 y 2002 fue \$ 359 467,88 y \$ 153 341,04, respectivamente, los servicios hospitalarios con las mayores cuentas exoneradas fueron cirugía B el 2001 y medicina B el 2002 (Tabla 2).

Tabla 2. Cuenta total, pagada y exonerada de los pacientes con alta médica no efectivizada por servicios hospitalarios en los años 2001 y 2002.

Servicios hospitalarios	Cuenta total (\$)		Cuenta pagada (\$)		Cuenta exonerada (\$)	
	2001	2002	2001	2002	2001	2002
Cirugía A	65 905,78	40 875,37	24 880,54	19 951,26	41 025,24	20 924,11
Cirugía B	118 664,13	70 623,63	47 489,05	39 424,97	71 175,08	31 198,66
Emergencia adultos	15 118,47	10 933,07	3 415,21	3 621,29	11 703,26	7 311,78
Emergencia pediátrica	4 788,75	1 229,51	814,36	244,25	3 974,39	985,26
Ginecología	17 384,83	10 180,35	6 552,75	5 099,40	10 832,08	5 080,95
Medicina A	44 452,85	43 379,03	15 586,77	18 177,86	28 866,08	25 201,17
Medicina B	56 851,77	60 966,46	19 013,03	26 666,06	37 838,74	34 300,40
Medicina tropical	28 384,97	13 464,66	9 369,41	7 512,96	19 015,56	5 951,70
Obstetricia	31 061,95	6 272,79	14 311,47	3 697,30	16 750,48	2 575,49
Pediatría	54 138,41	5 319,25	8 720,57	1 175,11	45 417,84	4 144,14
Recién nacidos	53 806,19	3 917,56	11 645,30	1 964,08	42 160,89	1 953,48
Traumatología	48 134,47	30 919,83	17 426,23	17 205,93	30 708,24	13 713,90
Totales	538 692,57	29 8081,51	179 224,69	144 740,47	359 467,88	153 341,04

El porcentaje de dinero que los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago no abonaron al abandonar el hospital en los años 2001 y 2002 fue 66,73% y 51,44%, respectivamente, siendo los servicios con el mayor porcentaje de dinero no abonado: pediatría el 2001 y emergencia pediátrica el

año 2002. El monto promedio que los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago al abandonar el hospital en los años 2001 y 2002 fue \$ 169,56 y \$ 139,15, respectivamente, siendo los servicios con el mayor monto promedio no abonado pediatría el 2001 y cirugía A el 2,002 (Tabla 3).

Tabla 3. Cuenta exonerada respecto de la cuenta total y monto promedio exonerado por paciente con alta médica no efectivizada en los años 2001 y 2002.

Servicios hospitalarios	C. exonerada/C. total(%)		C. exonerada promedio por paciente (\$)	
	2001	2002	2001	2002
Cirugía A	62,25	51,19	203,10	197,40
Cirugía B	59,98	44,18	203,94	137,44
Emergencia adultos	77,41	66,88	77,00	81,24
Emergencia pediátrica	82,99	80,13	113,55	98,53
Ginecología	62,31	49,91	112,83	81,95
Medicina a	64,94	58,10	162,17	185,30
Medicina b	66,56	56,26	194,04	168,14
Medicina tropical	66,99	44,20	148,56	88,83
Obstetricia	53,93	41,06	53,18	33,02
Pediatría	83,89	77,91	528,11	172,67
Recién nacidos	78,36	49,86	186,55	162,79
Traumatología	63,80	44,35	194,36	159,46
Totales	66,73	51,44	169,56	139,15

Los costos por día/cama originados por estadías innecesarias de los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago en los años 2001 y 2002 fueron 202 422,34

y 100 483,56, respectivamente, siendo el servicio con los mayores costos por día/cama por estadías innecesarias en ambos años, medicina A (Tabla 4).

Tabla 4. Costo por día/cama postalta médica de los pacientes de que no efectivizaron su alta médica por motivos económicos en los 2001 y 2002.

Servicios hospitalarios	Costo día/cama (\$)	Días postalta médica		Costo día/cama postalta médica (\$)	
		2001	2002	2001	2002
Cirugía A	33,22	859	426	28 535,98	14 151,72
Cirugía B	27,36	1 153	499	31 546,08	13 652,64
Emergencia adultos	17,00	461	233	7 837,00	3 961,00
Emergencia pediátrica	11,33	62	25	702,46	283,25
Ginecología	34,09	370	161	12 613,30	5 488,49
Medicina A	67,06	671	507	44 997,26	33 999,42
Medicina B	28,65	582	556	16 674,30	15 929,40
Medicina tropical	23,66	402	122	9 511,32	2 886,52
Obstetricia	20,70	686	146	14 200,20	3 022,20
Pediatría	26,18	312	81	8 168,16	2 120,58
Recién nacidos	26,18	524	45	13 718,32	1 178,10
Traumatología	17,64	789	216	13 917,96	3 810,24
Totales		6 871	3 017	202 422,34	100 483,56

DISCUSIÓN

Los hallazgos en el presente estudio es que al efectivizarse el alta, días después que el médico lo indica y cancelar sólo un porcentaje de la cuenta, los costos de las exoneraciones por lo adeudado al momento del alta médica y los costos por los días cama-dinero que el hospital invierte en la estadía de un paciente, sin considerar exámenes auxiliares, medicinas y procedimientos- posteriores al alta médica, ascendieron a \$ 561 890,22 y \$ 253 824,60 los años 2001 y 2002, respectivamente.

Por otro lado, de haberse efectivizado el alta el día que el médico lo indicó, y el paciente hubiese cancelado sólo un porcentaje de lo adeudado, los costos por las exoneraciones hubiesen sido \$ 359 467,88 y \$ 153 341,03 los años 2001 y 2002, respectivamente. Otra situación también distinta sería, de haberse efectivizado el alta el día que el médico lo indicó, y el paciente no hubiese cancelado todo lo adeudado, el hospital hubiese dejado de percibir D 538 692,57 y \$ 298 081,51 los años 2001 y 2002, respectivamente.

Así tenemos que, el hospital y la población a la que brinda atención médica se beneficiarían más, si los pacientes con alta médica no efectivizada por falta de pago se van a su casa el día que el médico lo indica cancelando sólo un porcentaje de la cuenta (el porcentaje que están en capacidad de cancelar), dejando libre la cama que será ocupada por otro paciente que la necesita, quien asumirá el costo de la hospitalización total o parcialmente -estadía, exámenes auxiliares, medicinas y procedimientos.

La cuenta total promedio al momento del alta médica en este grupo de pacientes fue \$ 254,10 y \$ 270,49 los años 2001 y 2002 respectivamente, y en el Perú la remuneración mínima vital nominal mensual (según información del Instituto Nacional de Estadística e Informática) en junio de 2001 fue \$ 116,15 y en junio de 2002 fue \$ 117,82, entonces la cuenta total promedio al momento del alta médica en este grupo de pacientes, representó el 218,77% y 229,58% de la remuneración mínima vital nominal mensual peruana de los años 2001 y 2002, respectivamente. Este monto es imposible para que muchas de las familias de estos

pacientes puedan pagar, teniendo en cuenta que la población atendida en el HNCH es mayoritariamente pobre y subsiste con una remuneración mínima vital.

El MINSA en el Perú es el ente rector del sector salud y tiene la obligación de garantizar prestaciones de salud para la población con las características de calidad, eficiencia y equidad. La eficiencia es brindar el servicio de salud adecuado para cada paciente y al menor costo⁶. Históricamente, los hospitales públicos peruanos tienen asignado un presupuesto del tesoro público, el cual reciben ya sea que brinden o no, lo hagan bien o mal, servicios de salud, y tienen además una población cautiva subsidiada por el estado, esta situación no genera ningún tipo de incentivo para la eficiencia en los servicios de salud que prestan estos hospitales públicos⁷.

En algunos países se ha intentado generar eficiencia en la prestación de los servicios de salud, utilizando las fuerzas de mercado, promoviendo la competencia entre los proveedores de los servicios de salud y entre las aseguradoras de salud⁸. En el Perú esto se da sólo en las clínicas privadas y las entidades prestadoras de salud, compañías privadas que compiten en el mercado de la prestación y del aseguramiento de la salud, respectivamente.

Con el fin de motivar la eficiencia en los sistema de salud, algunos autores proponen que el Estado asuma algunas conductas como: el pago a médicos particulares por un número de consultas al año por paciente, o reembolse a éste por esas consultas, el pago de los servicios de apoyo privado (laboratorio, radiología y farmacia) para el paciente, el pago a organizaciones privadas sin fines de lucro por la administración y prestación de una área determinada, y el contrato de los servicios de hospitalización privados, pagando a los proveedores, o mediante reembolso a los pacientes⁷.

Al respecto, cabe mencionar la reforma del Servicio Nacional de Salud (SNS) Inglés caracterizada por la liberación de los hospitales públicos de mayor tamaño de las reglas del SNS, la administración distrital del SNS se convierte en

compradora de servicios y proporciona presupuestos en función de pagos por capitación, y la asociación de médicos generales se convierte en aseguradora, lo cual obliga al centro de atención primaria a hacer dos cosas: Primero, pensar dos veces antes de solicitar atención especializada por la que tendrá que pagar, y segundo, hacer la mejor compra cuando tiene que recurrir a servicios externos⁸.

El incremento de la demanda de servicios y del gasto para la salud, los cambios demográficos y de patrones de morbilidad, y las innovaciones en el campo de la tecnología, estimulan la aparición de nuevas formas de atención hospitalaria^{9,10}. La hospitalización domiciliaria es una forma de atención que brinda cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja, con el fin de mejorar la eficiencia de los sistemas hospitalarios¹¹.

Mientras que en países de altos ingresos económicos como Canadá, Estados Unidos y Francia se han desarrollado múltiples estudios para el control de los costos de la atención médica, en países de ingreso medio como México la identificación y contención del costo de producir los servicios de salud constituyen dos aspectos poco estudiados. Así tenemos que en algunos países en la administración pública y privada del sector salud no existen sistemas de información que permitan determinar los costos económicos de la atención médica^{4,10}. En el sector salud del Perú casi todos los establecimientos públicos y algunos privados no cuentan con información de los costos de las atenciones que brindan.

El conocimiento de los costos por manejo de caso, permite hacer un análisis de la eficiencia en cuanto a la atención de casos de diabetes, diarrea, hipertensión y neumonía que deben tratarse en el nivel correspondiente, de tal modo que se pudieran establecer normas y estándares de atención. Así por ejemplo, si la atención a un paciente hipertenso, aun cuando se puede dar en clínicas periféricas de primer nivel, se da en el segundo nivel con costo mayor, el diferencial sería el costo de mantener sistemas de atención ineficientes^{7,12}. Esto evidencia que los hospitales no trabajan bajo la lógica de funciones de producción y combinación óptima de insumos, de tal manera que no existe información que permita un análisis periódico en materia de costos de producción¹³.

Como parte de esta discusión también es necesario aclarar que, desde el punto de vista médico, la efectividad en el uso de los recursos económicos debe ser evaluada en conjunto con la efectividad de los aspectos clínicos, para que la evaluación sea integral¹⁴.

En referencia al gasto público total en salud tenemos que, el gasto de las instituciones de seguridad social es muy superior al gasto de las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada (en algunos casos más del 50 % de la población total). Así tenemos que, en México, en el periodo 1987- 1995, 79 % del gasto público total en salud correspondió a la seguridad social y 21 % restante a las instituciones dedicadas a atender a la población no asegurada. Por consiguiente, la distribución de los recursos económicos no guarda ninguna relación con la distribución de las necesidades de salud, puesto que la población no

asegurada pertenece mayoritariamente al sector informal de la economía y cuenta con escasos recursos para satisfacer sus necesidades de salud¹⁵.

En el Perú, la reforma de salud tiene entre otros, el reto de continuar con la mejora de la gestión de los establecimientos de salud públicos, entre ellos los hospitales, si este estudio brinda evidencia que sirva para motivar el análisis que lleve a mejorar la eficiencia de los servicios de salud públicos, habremos promovido el cambio para el mejoramiento de la administración de salud.

(* **Nota:** Este artículo se publicó en el volumen 20(2): 97-101; sin embargo, se vuelve a publicar debido a que se omitió involuntariamente al autor principal, se alteró el orden de los autores y no se resolvió con la fe de erratas. Dejamos constancia que esta última versión es la única válida para todos sus efectos.

AGRADECIMIENTO

Al personal del Departamento de Servicio Social del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **González García G, Tobar F.** Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires: Grupo editor latinoamericano Ediciones ISALUD; 1997.
2. **Musgrove P.** Public and private roles in health. Washington, D.C.: World Bank; 1996. World Bank Discussion Papers n° 339.
3. **Musgrove P.** La eficacia en función de los costos y la reforma del sector salud. *Salud Pública Mex* 1995; 37 (4): 363-74.
4. **González G.** Las reformas sanitarias y los modelos de gestión *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(6): 406-12.
5. **Llanos F, Contreras CE, Sosa HJ, Reyes RC, Mayca JA, Velásquez JE, et al.** Uso de la hospitalización en el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered* 2001; 12 (3): 85-91.
6. **Yepes FJ, Durán-Arenas L.** Bases conceptuales para una gestión empresarial de los sistemas locales de salud. *Salud Pública Mex* 1994; 36:190-9.
7. **Vargas-Fuentes M.** Privatización de Servicios Públicos. El caso de los servicios de salud en Costa Rica. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 186-93.
8. **Abel-Smith B.** Entre lo público y lo privado. Nuevos incentivos para la atención a la salud. *Salud Pública Mex* 1992; 34: 467-70.
9. **Cotta RMM, Morales M, Llopis-González A, Cotta-Filho J, Real E, Días J.** La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 10(1): 45-55
10. **De Moraes-Novaes H.** Programas de garantía de calidad a través de la acreditación de hospitales en Latinoamérica y el Caribe. *Salud Pública Mex* 1993; 35: 248-58.
11. **Durán-Arenas L, Sánchez R, Vallejo M, Carreón J, Franco F.** Financiamiento de la atención a la salud de la población de la tercera edad. *Salud Pública Mex* 1996; 38:501-512.
12. **Arredondo A, Damián T.** Costos económicos en la producción de servicios de salud: del costo de los insumos al costo de manejo de caso. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 117-24.
13. **Arredondo A, Damián T, De Icaza E.** Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México. *Salud Pública de México* 1995; 37(5): 437-45.
14. **Villarreal-Ríos E, Montalvo-Almaguer G, Salinas-Martínez AM, Guzmán-Padilla JE, Tovar-Castillo NH, Garza-Elizondo ME.** Costos en el primer nivel de atención. *Salud Pública Mex* 1996; 38: 332-40.
15. **Lara A, Gómez-Dantés O, Urdapilleta O, Bravo ML.** Gasto federal en salud en población no asegurada: México 1980-1995. *Salud Pública Mex* 1997; 39: 102-9.

Correspondencia: Félix García A.
Dirección: General Córdova 2251 Dpto. F Lince.
Teléfono: 99490924.
Correo electrónico: felixgarcia@yahoo.com