Investigación educativa

Repercusiones de los sistemas de pago en la profesión y la formación médica

Edgar Jarillo Soto*
Ma. Del Consuelo Chapela Mendoza
Juan Manuel Mendoza Rodríguez
Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México.
*Profesores investigadores del Departamento de Atención a la Salud en la UAM-Xochimilco.
Correo ectrónico: conich@correo.xoc.uam.mx

Resumen

Las formas de pago y financiamiento a los proveedores de servicios médicos, especialmente a los profesionales de la salud, se han constituido actualmente en un aspecto dinamizador de los cambios que se presentan al interior de la profesión médica. El modelo tradicional de pago a un médico (proveedor) por un servicio que recibe un demandante de su servicio (paciente) está modificándose tanto por los costos que la provisión del servicio implica, como por las formas de atención. En respuesta, las organizaciones complejas públicas o privadas de atención médica desarrollan modelos de pago que rompen con la estructura tradicional.
De esos modelos destacan cuatro que parecen tener mayor impacto sobre la autonomía profesional médica. En este trabajo se analizan y señalan algunas implicaciones que tienen para la formación de personal y para la profesión, la intervención gerencial, los cambios organizacionales, el estatuto de afiliación, los estímulos y la retribución salarial. Se analizan los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) como forma que parece tocar el centro de la profesión.

Palabras clave:

Profesión médica
Autonomía profesional

Abstract

In medical curriculum design, it is important that the multiple tensions produced by changes and adjustments within the medical profession and its relationships with society be acknowledged. Forms of payment and financing for doctors are currently one of the governing aspects of these changes. The traditional model of a doctor (supplier) being paid for a service received by a consumer of the service (patient) is being modified both by the costs of providing the service and by modes of health care delivery. In response to these changes, public and private health care organizations have been developing payment models that break with the traditional structure. Four of these new models are particularly notable

for the impact they may have on medical professional autonomy. This article analyzes them and indicates some of the implications they have for training doctors and for the profession, management involvement, organizational changes, enrollment and monetary compensation and incentives. Diagnostic Related Groups (DRGs) are analyzed as a system that may affect the core of the profession.

Keywords:

Medical profession
Professional autonomy

Repercusiones de los sistemas de pago en la profesión médica

En la actualidad, la profesión médica como se conoce en el mundo occidental se ha conformado históricamente sobre la base de distintas formas de relación con la población y las instituciones de salud una vez que éstas se constituyeron. Desde su origen, la práctica médica profesional ha tenido como sustento fundamental la relación entre el profesional de la medicina y el sujeto que demanda la atención, ya sea en forma directa como en la medicina liberal o mediada por las instituciones de salud, especialmente desde la constitución de los hospitales en la Edad Media (Arroyave e Isaza, 1989), y con los sistemas de salud en el marco del Estado Nación Europeo. En los últimos cincuenta años, han ocurrido cambios en las formas de práctica profesional de la medicina; cambios que han puesto en el centro de la discusión las características y formas que adopta la profesión médica.

Freidson (1978), en su ya clásico tratado sobre la sociología de las profesiones, considera a la medicina como prototipo. Este autor señala como rasgos característicos de toda profesión la autonomía, la capacidad de autorregulación, la replicación de la profesión a través de las instancias escolares existentes, la introducción de marcos legales para limitar el ejercicio profesional, y la conservación del conocimiento técnico entre los miembros de la profesión. En la profesión médica, la capacidad de establecer una relación singular entre el médico y el paciente se agrega como rasgo particular. En esta relación radica la fuerza para el ejercicio de su autonomía y la capacidad para mantenerse independiente. La relación médico-paciente ha significado para la profesión médica una de las bases de control social y profesional de su trabajo (Castrillón *et. al.*, 1999).

La capacidad de regulación intrínseca del trabajo médico es una de las mayores dificultades para el control externo de la profesión. En años recientes, especialmente con las reformas del sector salud en el mundo occidental, se han introducido una serie de procesos para permitir el establecimiento de controles al trabajo médico a través de mecanismos de pago por los servicios y remuneración salarial para los profesionales de la medicina. Algunos de estos mecanismos parecen tocar el centro estratégico de la profesión, con múltiples consecuencias para la autonomía profesional y para la reconformación de la profesión.

En este trabajo se presentan cuatro procesos para controlar el trabajo médico que se han implantado en años recientes en el campo de acción profesional de la medicina: la intervención gerencial; los cambios organizacionales; el sistema de derechohabientes y afiliados; y los estímulos y retribución salarial. Cada uno de estos mecanismos tiene consecuencias que afectan la forma de práctica profesional de la medicina en distintos niveles y con distintas pretensiones, pero que comparten un común denominador: establecer controles a la autonomía profesional. Estos estímulos y las formas de retribución salarial parecen constituirse en la más fuerte influencia para controlar la profesión e introducir cambios en la práctica profesional. De entre las diversas formas para contener gastos y controlar la autonomía profesional destacan los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), por ello se les otorga un espacio especial.

Intervención gerencial y autonomía profesional

Desde los años setenta, se han establecido mecanismos para dirigir el resultado de la intervención profesional y especialmente para reducir los costos de esas intervenciones tanto en las organizaciones públicas como en las privadas (Llovet, 1999). Desde esa década, la remuneración a los profesionales de la medicina, la administración y la gerencia de los servicios médicos en los sistemas de salud en México habían sido organizadas con base en el mismo estatuto que regía a todos los trabajadores al servicio del Estado: una retribución salarial según su nivel de escolaridad. Al sector salud y a los profesionales de la medicina en concreto, se les han otorgado una serie de compensaciones económicas adicionales. Ejemplo de esto es que los médicos perciben un ingreso mayor que otros profesionales que laboran en el sector, y adicionalmente se les otorga flexibilidad en el horario laboral o en las horas contratadas. Esta situación peculiar se ha logrado, entre otras razones, por la capacidad de organización y presión social del gremio (Nigenda, 1994). Sin embargo, la introducción de cambios en la retribución salarial a los profesionales de salud hoy día adquiere relevancia para la administración y la gerencia en los sistemas y servicios de salud cuyas prácticas se centran en aspectos económicos y financieros. Desde esta visión gerencial se ha considerado necesario modular los servicios de atención médica para reducir costos conteniendo el gasto en salarios o aumentando el rendimiento de los profesionales contratados (Dal Poz y Varella, 2000). En los sistemas de salud de capital privado con base empresarial, sean los seguros privados o las organizaciones semiempresariales de colectivos profesionales, también se aplican estos

mecanismos (Cherchiglia, 1994) y se propone como prioridad limitar el gasto a expensas de los costos fijos destacando de modo singular los pagos de salarios y compensaciones.

Los profesionales de la medicina han criticado recurrentemente la intervención de los gerentes del sector en sus actividades, contrastando con frecuencia los nuevos esquemas con las formas de trabajo liberal (Costa, 2003). El argumento se sustenta en que la complejidad para decidir sobre los procesos técnicos que ocurren en el acto médico no puede ser capturada por los procesos gerenciales, y en que las limitaciones que se les imponen a las intervenciones diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación implican confrontación de áreas de competencia profesional (Nelson,1998). A pesar de las reiteradas críticas a la intervención gerencial, ésta ha conducido ya a cambios organizacionales.

Cambios organizacionales

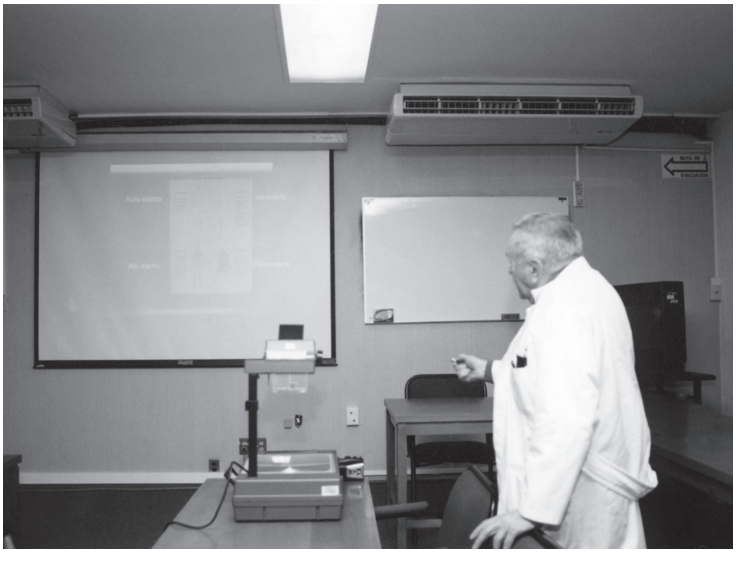
Los cambios ocurridos en la organización del trabajo profesional, como consecuencia de los procesos de reforma del sector salud, han tenido impacto tanto en el sector público como en el privado (Quaye, 2001). De modo significativo destacan las transformaciones en el modelo de organización de los servicios asistenciales basada en la administración científica expresada en la parcialización y segmentación de tareas. De la Garza (2000) señala que esto conduce a la multiplicación de intervenciones profesionales y que los modelos que la propician tienden a agotarse; Novick (2000) argumenta a favor de la búsqueda e implementación de modelos de administración de los servicios profesionales que reduzcan tanto esa multiplicación de intervenciones como el alto consumo de recursos tecnológicos derivado de las mismas que, desde la perspectiva gerencial, resulta poco eficiente y eleva los costos de producción. Los modelos organizacionales que han surgido en los últimos lustros como respuesta a esta necesidad administrativa son muy diversos; ejemplos de ello son los círculos de calidad y las teorías de la cultura organizacional que surgidos en la esfera de la producción de manufacturas han sido implantados en las instituciones prestadoras de servicios de salud (Cravioto *et. al.*, 2003; Priego, 2002).

Los procesos de atención médica controlados gerencialmente, aunque mantienen en el centro a los profesionales de la medicina, no logran desplazar la relación médico-paciente como eje de la práctica profesional de la medicina (Costa, 2003; Balacrishan, 1998; Emanuel y Dubler, 1995). No obstante los logros para hacer más funcional la organización de los servicios asistenciales desde una lógica de eficiencia, no se ha conseguido resolver un conjunto de dificultades: los costos siguen una tendencia creciente y la ineficacia profesional se mantiene (Young *et. al.*, 2002; Echeverría y Arroyave, 1999). En tanto la capacidad de control del trabajo que ejerce la profesión —uno de los baluartes de su mérito social (Caravaña y Gómes, 1996)— permanezca bajo el dominio profesional, los objetivos gerenciales no pueden alcanzarse, la autonomía profesional aparece como el dique que las acciones gerenciales pretenden romper. Sin embargo, a la relación médico-paciente, centro de la autonomía profesional, puede llegarse no sólo por el lado médico, sino también mediante acciones tendientes a regular la asistencia del paciente a la consulta médica y los procesos que de ella deriven.

Derechohabientes y afiliados

Los estados nacionales, hasta los años ochenta, tenían el objetivo de crear las condiciones para el acceso universal a los servicios de salud, en los cuales los usuarios adquirían el estatuto de derechohabientes. Esta pretensión hoy ha desaparecido (López y Blanco, 2001). Las insuficiencias e ineficiencias administrativas de los recursos financieros del Estado llevan a propuestas que reducen sus inversiones en instalaciones, recursos y personal; de modo especial afectan el tipo de extensión de los servicios de atención que se otorgan a la población y deterioran la calidad de los servicios ofrecidos. En estas condiciones, la consideración de la población con acceso a los servicios de salud se define por su capacidad de pago directo o indirecto, y se transita de la interpretación de la población como derechohabiente a la de usuario o cliente (Jarillo y Arroyave, 1996). Esto supone que quien hace uso de los servicios de los profesionales de la medicina tiene una relación contractual de carácter singular, autónoma en el caso del ejercicio privado o mediada por alguna administración de fondos prepagados de servicios médicos en el caso de las empresas aseguradoras o prestadoras de servicios con cuota directa (Gonzáles y Parker, 1998).

Así, se pretende participar en el crecimiento de la demanda de servicios promoviendo la atención médica con base en esquemas de prepago, sean públicos o privados. Siguiendo esta lógica, se ha propuesto la conveniencia de



Fotografía: Carmen Toledo

hacer selectivo el subsidio a los grupos clasificados como *necesitados* o *vulnerables* para evitar que la población con capacidad de pago tenga acceso a servicios de alto costo. El resultado de esta propuesta sería la disminución en la cantidad de personas que deben atender los profesionales y, por tanto, la posibilidad de establecer límites a las acciones médicas controlando así los gastos en servicios de diagnóstico y hospitalización (Federal Register, 2004; Seixas, 1996). Estos cambios implican una relación diferente en la que el gasto financiero, que ocurre entre un cliente que consume y un proveedor que satisface el consumo, debe ser regulada en tanto contrato mercantil. Para los profesionales esto se traduce en que su capacidad de atención está definida por la cantidad de actividades realizadas. Se trata de intervenir "[…]sobre procesos específicos y decisiones individuales[…] una[de ellas] introducida como *managed care* referida a prácticas internas a las empresas y grupos privados. La otra, con desarrollo en el sector público, se refiere a los contratos de gestión" (Mendes, 2003, p. 439). La adopción del modelo proveedor-cliente implica aceptar el modelo de mercado que opera con base en la oferta, lo que tiene una fuerte implicación política e ideológica cuando los servicios de atención médica dejan de tener como sustrato fundamental las necesidades de la población que afectan las relaciones sociales y políticas de las clases y grupos sociales. Con este modelo, cambian las bases legales para el acceso a los servicios de salud, los que dejan de tener una base poblacional o demográfica para centrarse en la afiliación contratada por pagos anticipados.

A pesar de sus múltiples consecuencias, estos cambios no alteran la centralidad de la autonomía profesional que mantiene el control sobre las intervenciones que realizan los médicos. De las propuestas administrativo-gerenciales que se han desarrollado específicamente para incidir en los mecanismos de pago a los profesionales, las que destacan más son las que se definen por población asignada, eventos médicos atendidos, servicios prestados y los estímulos a la productividad. Los fundamentos de tales propuestas, aunque diversos, giran en torno a los profesionales de la salud y, de entre ellos, principalmente a los profesionales de la medicina (Pappas *et. al*., 1997).

Estímulos y retribución salarial

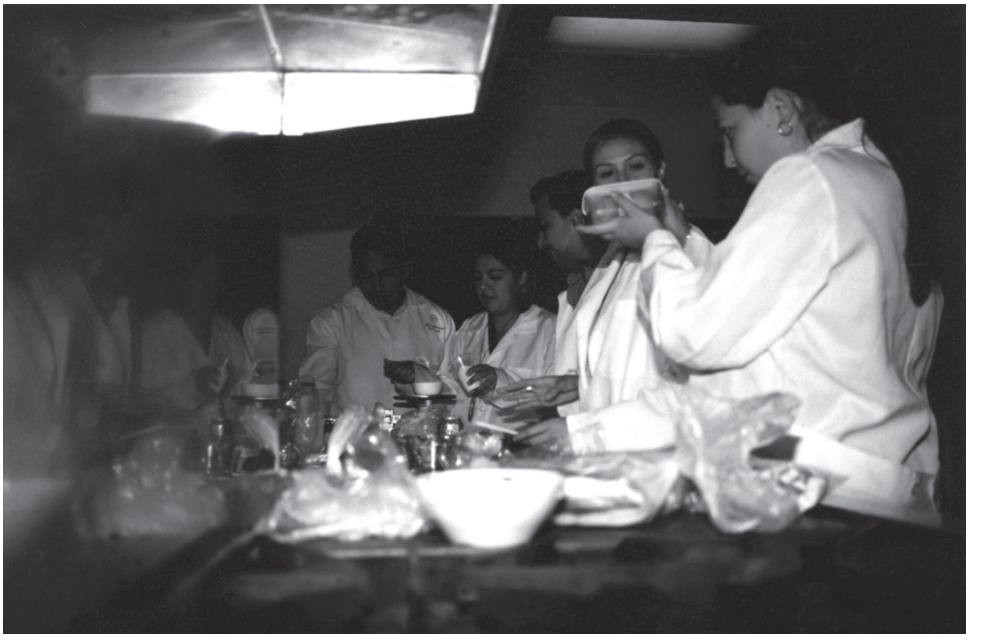
La regulación de los sistemas de pago ha permitido cambios en la capacidad que tienen las organizaciones para proveer atención médica y, en la facultad gerencial, establecer controles a las prácticas de los profesionales de la medicina (Maloney *et. al*., 2004). A pesar de lo riguroso que puedan ser estos controles, los profesionales han encontrado vías alternas para mantener el control sobre sus prácticas y obtener pagos adicionales (Braun y Muller, 2004; Young *et. al*., 2002).

Uno de los mecanismos de retribución salarial y profesional vigente está basado en los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD). Este modelo es un algoritmo, define las rutas que puede seguir un paciente con un diagnóstico o conjunto de diagnósticos al entrar en contacto con el servicio de salud público o privado y constituye, entre otros, un instrumento para controlar costos en la atención médica pública o privada (Moreland y Bloom, 2004). Los GRD tienen la característica de elaborarse con fundamento demográfico, epidemiológico, clínico y monetario (MEDICODE, 1999; Fetter, 1998; Casas, 1995). Su aplicación permite predefinir, con base en un protocolo diseñado por especialistas médicos, las intervenciones, el personal de salud (medicina, enfermería, auxiliares), los recursos tecnológicos para el diagnóstico, el tratamiento farmacológico o quirúrgico y el conjunto de acciones necesarias para enfrentar situaciones de enfermedad específicas y predeterminadas. De los GRD puede derivarse una lista de insumos, materiales, tecnología e incluso de profesionales necesarios para responder a panoramas específicos de demanda de atención médica, ya que cada parte del proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de una determinada enfermedad está previsto y el margen de movimiento para la acción profesional se mueve en un estrecho canal; así se abre la posibilidad de asignar valores monetarios a cada parte del proceso. En estas condiciones, es posible conocer a detalle el costo de producción de una determinada atención profesional, identificar el exceso de consumo de recursos materiales particulares o de tiempo profesional, y señalar indicaciones "superfluas" o "accesorias" de algún procedimiento o tipo de producto.

La construcción de los GRD es un proceso técnico evaluado por un conjunto de médicos y administradores. Se lleva a cabo sobre la base de las especificidades de la población, grupo o conjunto de personas a quienes se dirige la atención. Los GRD permiten conocer con valores promedio y relativos, la magnitud de enfermedades específicas, la presentación esperada de los problemas de salud, el tamaño de los recursos necesarios y, lo más importante, el costo de producción del servicio de atención médica, detallado en todos sus componentes. Para los profesionales de la medicina significa que el proceso de atención médica queda dentro de un marco limitado de posibilidades. A la intervención profesional se le otorga un valor monetario definido por el contratante público o privado y puede convenirse un determinado número de intervenciones técnicas de acuerdo con estimaciones estadísticas según los pronósticos conocidos con anterioridad en ejercicios de proyección. Este conjunto de procesos, aunque no limita la práctica especializada ni permite intromisiones profesionales externas a la profesión ya que todo el algoritmo es elaborado por profesionales médicos, sí establece un límite a los procedimientos técnicos de la profesión y acota sensiblemente el margen de discrecionalidad con el que opera la profesión, especialmente

en el encuentro privado en la relación médico-paciente.

Las implicaciones de los GRD para la práctica profesional de la medicina y para la estructuración y reestructuración de los planes y programas de estudio de esta profesión son múltiples. Una de ellas es que limita el margen casi infinito de diagnósticos, esto significa que el abanico de posibilidades diagnósticas se cierra de tal modo, que las cerca de 13, 000 claves de diagnósticos contenidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE IX) se incorporan, con los GRD, en cerca de 500 grupos diagnósticos y, al interior de cada uno de éstos, se definen una serie de variantes resultado del estadio, evolución o complicación del diagnóstico inicial. A su vez, los 500 grupos se dividen en dos grandes categorías: médicos y quirúrgicos (Fetter, 1998). A pesar de los beneficios ofrecidos por los GRD, en términos del uso eficiente de los recursos monetarios, la eventual aceptación generalizada por parte de proveedores de servicios médicos, médicos y pacientes y su consecuente expansión, incidirán en las preguntas y el conocimiento que sustentan la profesión médica, y por tanto, de los contenidos de los programas de formación médica. En este escenario, se puede suponer el dominio de una aproximación limitada al conocimiento de los problemas de salud, ya que el diagnóstico y evolución está prescrito desde una guía médica y terapéutica preexistente, con la consecuente subordinación de los contenidos y procesos formativos a componentes técnico-operativos definidos por esa estructuración distinta del conocimiento.



Fotografía: José Ventura

Otra consideración a tener en cuenta, deriva de la existencia de un protocolo médico para cada conjunto de diagnósticos, de modo tal que la cuantificación y señalamiento de intervenciones técnico-profesionales oscila en un margen establecido que circunscribe la posibilidad de cada intervención y elimina la posibilidad de acciones múltiples a juicio del profesional; lo que significa la estandarización del "criterio médico" que, por definición, dejaría de ser tal ya que debe circunscribirse a lo prescrito en un modelo predeterminado. Esta forma de implantar los GRD impacta la autonomía profesional, ya que encuentra un método de vigilancia y control externo sin que rivalice con la intromisión de otros profesionales: esto significa que la autorregulación profesional del trabajo médico, que ha sido uno de los baluartes más preciados de la profesión, en primera instancia queda en manos de los mismos profesionales pero los GRD resultan un instrumento que puede ser conocido y gestionado por otros profesionales.

A pesar de que la autonomía profesional queda en primera instancia bajo el control de los propios profesionales de la medicina y de que el espacio médico-paciente se mantiene en la esfera de lo íntimo, es de esperar que estos cambios impactarán varias particularidades de la profesión médica, dos resultan relevantes: por un lado, el discurso en la relación médico-paciente, por otro, la autonomía que podría verse entonces como relativa a los cambios operados a partir de decisiones externas a la práctica profesional.

Conclusiones

Los sistemas de pago que se implantan en la prestación de servicios médicos a partir de las reformas en los sistemas de salud públicos y privados, resultan un instrumento para regular los excesos de las intervenciones profesionales en los medios diagnósticos o en las intervenciones quirúrgicas, a la vez que pueden contribuir a evitar las carencias en el conocimiento de los profesionales médicos ya que les brinda una ruta técnica y validada por otros profesionales; simultáneamente puede constituir un nuevo factor problemático para la satisfacción de las necesidades de salud de pacientes específicos y de la población en general, ya que las intervenciones médicas se reducen a criterios de eficiencia y abatimiento de costos, por lo que el tipo de diagnóstico y tratamiento que se pueden realizar se acota.

Los procesos de control del trabajo médico expuestos aquí: intervención gerencial, cambios organizacionales, derechohabientes y afiliados, y estímulos y retribución salarial han sido formas de retribución, pago, compensación o estímulos en los que la autonomía profesional y la privacidad de la relación médico-paciente se han mantenido hasta ahora y en el futuro dichos procesos pueden impactar ciertas prácticas de la profesión médica provocando que la autonomía profesional sea intervenida por otras áreas profesionales.

La práctica profesional se verá impactada por los sistemas actuales de pago no porque cambien los modos de ejercicio de la profesión o porque genere alternativas al modelo médico de prestación de servicios; tampoco porque los pacientes, las personas enfermas o la población en general se beneficien de una forma de práctica profesional diferente. Lo que sí logrará es sentar las bases de una relación contractual entre el profesional y la institución totalmente distinta ya que la forma de considerar las retribuciones salariales deben darse sobre bases estandarizadas de procesos técnicos y no por las atenciones médicas que se realicen. En esta nueva forma de relación, el actor beneficiado es la empresa administradora de los fondos, y su beneficio radica en poder contener costos y establecer criterios de uniformidad para los problemas de salud que sean atendidos por los profesionales.

La aceptación y expansión de sistemas gerenciales y administrativos puede agudizar la perspectiva limitada y mercantil de la salud y de la enfermedad. No puede soslayarse el impacto que estos cambios tendrán en las preguntas y los conocimientos que se producen y reproducen en la profesión médica, por lo que la formulación de planes y programas de estudio de las carreras de medicina, especialmente en las universidades públicas, requiere considerar estos cambios y evitar asumirlos sólo como una capacidad técnica dedicada a la operacionalización de diagnósticos y acciones terapéuticas que están predefinidas. En contraste, es necesario orientar la formación con conocimientos sustentados en una amplia base científica que identifique formas curriculares que permitan mantener los contenidos formativos, científicos y humanísticos que le dan razón y justificación a la profesión médica ante la sociedad en un contexto cambiante, así como dar respuesta a las necesidades de salud y enfermedad de la población.

Bibliografía

Arroyave, M. G., P. Isaza, "Una perspectiva histórica del hospital", *Educación Médica y Salud*, 23(2), abril-junio,1989, pp. 182-191.

Balacrishan, R. N., "Patient, Client or Customer", *Med J Aut*, 169, 1998, pp. 593-597.

Braun, B., R. Muller, "Transformation of inpatient treatment by the introduction of Diagnosis-Related-Groups (DRG) —the positive effects of health policy research results—, *Gesundheitswesen*, 66(3), 2004, pp. 186-1889.

Caravaña, J. y C. Gómez, *Escalas de prestigio profesional*, CIS, Madrid, 1996.

Casas, M., *GRD. Una Guía práctica para médicos. Cuadernos de Gestión Clínica*, IASIST, Barcelona, 1995.

Castrillón, M. C., G. Ariza, A. Yepes, "La profesión médica en Colombia", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 16(2), 1999, pp. 50-67.

Costa, N., P. Barros, J. Mendes, "Innovaciones organizacionales y de financiamiento: experiencias a partir del escenario institucional", B. Negri y G. Di Giovanni (orgs.), *Brasil: Radiografía de la salud*, Campinas, Universidad Estadual de Campinas —Unicamp—, 2003, pp. 299-314.

Cravioto, A. *et. al.*, "La formación de médicos y los nuevos modelos de atención. La superación del sistema fordiano, un proceso en transición", O. Rivero y M. Tanimoto (coords.), *El ejercicio actual de la medicina*, Siglo XXI/ UNAM, México, 2003, pp. 25-43.

Cherchiglia, M., "Remuneracao do trabalho medico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitals gerais de Belo Horizonte", *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 1994, pp. 67-79.

Dal Poz, M., T. Varella, "Guía de metodologías para análise de sistemas de remuneracao e incentivos dos recursos humanos do sector saúde", M. Dal Poz, P. Galin, M. Novick, T. Varella, *Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis*, OPS, Quito, Ecuador, 2000, pp.131-173.

De la Garza, E., *Tratado latinoamericano de Sociología del Trabajo*, sección de obras de sociología, COLMES/FLACSO/UAM/FCE, México, 2000.

Echeverría, S., G. Arroyave, *DGR´s Quality and Efficiency*, 6ª Conferencia Internacional Calidad y Eficiencia y Contención de Costos, Cancún, México, octubre, 1999.

Emanuel, E., y N. Dubler, "Preserving the Phisician-Patient Relationship in the era of managed care", *JAMA*, 273(4), 1995, pp. 323-329.

Federal Register (HHS), "Medicare program, prospective payment systems for long-term care hospitals: annual payment rate updates and policy changes. Final rule", *Federal Register*; 69(89), 2004, pp. 25673-25749.

Fetter, R., *El GDA (DGR) Sistema de Clasificación de pacientes*, Health Administration Press, Michigan ,1998.

Freidson, E., *La Profesión Médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Ediciones Península, Madrid, 1978.

Gonzáles, E., S. Parker, *Provider financial risk under alternative payment schemes: the case of Mexican Social Health Insurance policy*, inédito, México, 1998.

Jarillo, E., G. Arroyave, "Las políticas de reforma sanitaria y la desaparición del derechohabiente", *Política y Cultura*, 7, 1996, pp. 235-248.

López, O. y J. Blanco, "La polarización de la política de salud en México", *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 2001, pp. 43-54.

Llovet, J., "Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo", M. Bronfman, R. Castro (eds.), *Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina*, EDAMEX, México, 1999, pp. 335-349.

Maloney, E., K. Bennet, B. Silke, "Length of hospital stay, diagnosis and pattern of investigation following emergency admission to an Irish Teaching Hospital", *Med J*, 97(6), 2004, pp. 170-172.

MEDICODE, *DGR Guide*, Medicode Inc., Salt Lake, 1999.

Mendes, J., "Regulación y contractualización en el sector salud", B. Negri, G. Di Giovanni (orgs.), *Brasil: Radiografía de la salud*, Campinas, Universidad Estadual de Campinas –Unicamp—, 2003, pp. 417-452.

Moreland, C., D. Bloom, "The DRG Dilemma", *Physician Exec*, 30(3), 2004, pp. 40-46.

Nelson, A., "Medicine: business or profession, art or science?", *Am J Obstetet Gynecol*, 178, 1998, pp. 755-788.

Nigenda, G., "Planificación de recursos humanos para la salud, el papel del estado y de los grupos profesionales", *Educación Médica y Salud*, 28(4), 1994, pp. 463-477.

Novick, M., "Guía metodológica para el análisis de las relaciones colectivas de trabajo en el sector salud", M. Dal Poz, P. Galin, M. Novick, T. Varella, *Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis*, OPS, Quito, Ecuador, 2000, pp. 91-130.

Pappas, G., *et. al.*, "Potential avoidable hospitalizations-inequities in rates between US socioeconomic groups", *Am J Pub Health*, 87(5), 1997, pp. 811-816.

Priego, H., *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos*, RIMSAC/UJAT, Villahermosa, México, 2002.

Quaye, R., "Internal markets systems in Sweden. Seven years after the Stokkholm model", *Eur J Public Health*, 11(4), 2001, pp. 380-385.

Seixas, P., "Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión", P. Brito, F. Campos y M. Novichk (orgs.), *Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*, OPS., Washington, DC, 1996, pp. 53-92.

Young, D., B. Sachais, L. Jefferies, "Comparative costs of treating adults and children within selected diagnosis-related groups", *Clinical Medicine*, 1(48), 2002, pp. 150-160.