

Experiencia de plan piloto para pacientes del FONASA portadores de arritmias atendidos en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile

Rolando González A, Rolando González V^a, Patricia Frangini S, Ismael Vergara S, Mariana Baeza L^b.

*Treatment of beneficiaries of the
Chilean public health system
with arrhythmias in
a University Clinical Hospital*

Background: *The costs of medical care increase along with technological advances. Therefore, highly complex and expensive procedures should be performed in a limited number of institutions. Aim:* To report the initial experience on electrophysiological studies performed to beneficiaries of a public health insurance system in Chile (FONASA). **Material and methods:** *An agreement was reached between the Electrophysiology Unit of the Clinical Hospital of the Catholic University and FONASA, to perform electrophysiological studies at a minimal cost, that only considered disposable materials and hospital stay. Thirty patients with supraventricular arrhythmias or ventricular arrhythmias without an associated cardiopathy, were attended using this agreement at the unit. Results:* In all treated patients, arrhythmias disappeared. Costs remained within the assigned budget, excepting occasional complementary tests. **Conclusions:** *This pioneering experience demonstrated that it is possible that public health insurance systems can buy complex and expensive procedures to private hospitals (Rev Méd Chile 2005; 133: 1493-9).*
(Key Words: *Arrhythmia; Electrophysiology; Insurance, health; Insurance, physician services)*

Recibido el 15 de marzo, 2005. Aceptado el 4 de julio, 2005.

Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca, Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

^aIngeniero Comercial y Magister en Economía

^bEnfermera Jefe del Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca

Algunas arritmias recurrentes se pueden sanar en forma definitiva debido a que se generan o perpetúan en un punto determinado, y tal como se puede cauterizar un lunar, es posible fulgurar a través de catéteres el foco de origen de la arritmia¹. El procedimiento a realizar: estudio electrofisiológico (EEF) y fulguración con radiofrecuencia (FRF), requiere de un costoso equipamiento y de personal altamente entrenado. Debido a lo anterior son pocos los centros que realizan estos procedimientos.

Presentamos nuestra experiencia piloto de 30 EEF realizados en pacientes del Fondo Nacional de Salud (FONASA) que fueron referidos al Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile a través de un convenio de costo mínimo.

MATERIAL Y MÉTODO

Cálculo de costos. En el cálculo del costo no se incluyó el valor total real del procedimiento, ya que el funcionamiento diario de nuestro laboratorio (incluido sueldo del personal, amortización de equipos, servicio de aseo, agua, electricidad, teléfono, etc.) está financiado con el 80% de ocupación por pacientes privados e institucionales, y los médicos que participaron no cobraron sus honorarios profesionales. Por lo tanto, se calculó sólo el valor de los insumos utilizados (medicamentos, sueros, vías venosas, introductores, catéteres), exámenes (electrocardiograma) y día cama. El Servicio de Salud que derivaba al paciente asumió los gastos de su traslado.

Inclusión de pacientes. Luego de llegar a acuerdo respecto al costo del procedimiento, se nos asignaron los servicios de salud comprendidos entre la séptima y duodécima regiones. El mismo FONASA comunicó a los directores de hospital que si tenían pacientes portadores de taquicardias supraventriculares (vías accesorias aurículo-ventriculares, reentrada nodal, flutter auricular) o taquicardia ventricular sin cardiopatía asociada, podían comunicarse con nuestro laboratorio y enviar, por fax, resumen de la historia clínica y de los trazados electrocardiográficos. Se excluyeron pacientes que requirieran implantes de dispositivos (marcapasos o desfibriladores automáticos) y pacientes portadores de fibrilación auricular o taqui-

cardia ventricular con cardiopatía asociada. Debido a las dificultades para registrar taquicardias paroxísticas de presentación esporádica, no se puso como condición disponer del registro de la taquicardia, pero sí una detallada anamnesis. Las características clínicas de los pacientes y sus electrocardiogramas en reposo y en taquicardia (cuando estaban disponibles) fueron analizados por alguno de los médicos electrofisiólogos de nuestro laboratorio, con el fin de confirmar que el paciente fuese portador de una arritmia factible de ser curada mediante EEF y FRF. Se estableció contacto telefónico con el médico referente y con el paciente, para afinar los detalles del procedimiento y se les asignó la hora de acuerdo a su conveniencia. En esta primera etapa se nos asignó presupuesto para realizar 30 EEF.

Procedimiento. El paciente ingresó en ayunas, directamente al Laboratorio de Electrofisiología. Se realizó el EEF, bajo sedación de conciencia con midazolam, morfina y en algunas ocasiones ketamina endovenosa. En todos los pacientes se colocaron tres accesos en la vena femoral derecha (dos introductores 6 French y uno 7 u 8 French, Saint Jude[®]), a través de los cuales se introdujeron tres catéteres cuadripolares (6 French Daig, Saint Jude[®]), los que se ubicaron en la región alta de la aurícula derecha, haz de His y ápex del ventrículo derecho, para registrar potenciales endocavitarios y realizar estimulación cardíaca. Según el tipo de arritmia documentada, en algunos pacientes se colocó además un introductor 6 French en la vena yugular interna derecha, a través de la cual se introdujo un catéter decapolar (6 French Daig, Saint Jude[®]) que se posicionó en el seno coronario, para registrar señales de la aurícula izquierda.

Para la FRF se utilizó un generador EPT modelo XP 2000 la que se administró a través de catéteres Mansfield (Biosense Webster Johnson & Johnson Company) y/o EPT 7 French (Boston Scientific[®]). En los pacientes portadores de taquicardias derechas, la FRF fue realizada a través de un introductor 7 u 8 French colocado en la vena femoral derecha. En los pacientes con taquicardias izquierdas, la FRF se realizó por vía retroaórtica (introductor 7 u 8 French en arteria femoral derecha).

Posterior al procedimiento, el paciente permaneció en observación hospitalizado y fue dado de

alta al día siguiente, después de realizar un electrocardiograma. Todos los pacientes que se trataron con FRF se dieron de alta con ácido acetilsalicílico en dosis antiagregante plaquetaria por un mes.

Los pacientes fueron autorizados a regresar a su domicilio el mismo día del alta y fueron citados a control en 48 h con su médico tratante, al cual se le informó telefónicamente y por escrito de los detalles y resultados del procedimiento.

Seguimiento. Se contactó telefónicamente a cada paciente con el fin de evaluar su estado posterior al procedimiento.

RESULTADOS

Análisis de costos. El procedimiento excedió entre 2 y 6% el monto acordado en el convenio en 20 pacientes. Sin embargo, esto fue compensado con los 10 pacientes restantes (incluido aquél en quien sólo se realizó EEF sin FRF), en quienes el costo total fue ligeramente menor al acordado, con un balance neto total neutro para ambas instituciones.

Si se considera que FONASA realizó un convenio para atender a 30 pacientes, pareciera que hay un déficit ya que sólo se estudiaron 29. Sin embargo, el convenio fue por 30 procedimientos y un paciente requirió del procedimiento en 2 oportunidades por recidiva precoz de su arritmia, por lo cual se realizó el total de los estudios acordados: 30 EEF en 29 pacientes.

En 3 de los pacientes derivados portadores de arritmias ventriculares, se consideró necesario realizar exámenes complementarios para aclarar su etiología y poder precisar el pronóstico y tratamiento futuro, solicitándose 2 ecocardiogramas bidimensionales con Doppler color y 1 resonancia nuclear magnética cardíaca, cuyo costo fue subvencionado por el Departamento de Enfermedades Cardiovasculares y por el Servicio de Radiología de

nuestro hospital, respectivamente. En un hospital universitario como el nuestro, que es parte de una Facultad de Medicina, es habitual que los distintos departamentos y servicios absorban los costos de exámenes realizados gratuitamente a algunos pacientes, como parte del convenio docente, por lo cual esto no se considera como déficit.

Pacientes. Entre enero y julio de 2004 se recibieron 52 solicitudes de EEF. Según orden de solicitud, entre el 8 de enero y el 19 de julio de 2004, se atendieron 29 pacientes, debido a que un paciente debió ser reestudiado, completando los 30 cupos para EEF asignados. El tiempo de espera entre la solicitud de la intervención y la fecha del procedimiento fue de 9 ± 3 días.

Se estudiaron 14 hombres y 16 mujeres (un hombre se fulguró dos veces por recidiva de su taquicardia), con una edad promedio de 35 ± 14 años (15-63).

Se rechazaron 9 pacientes por ser portadores de arritmias no factibles de ser curadas mediante el procedimiento ofrecido. Todos ellos eran portadores o de fibrilación auricular o de taquicardia ventricular con compromiso ventricular izquierdo.

Los 30 pacientes estudiados fueron derivados de los siguientes centros: 8 de Osorno, 8 de Valdivia y 5 de Los Angeles, los demás centros enviaron dos o menos pacientes cada uno (Figura 1). Las características clínicas y diagnósticos de derivación de estos pacientes se resumen en la Tabla 1.

EEF y FRF. Todos los pacientes derivados padecían de taquicardias clínicas la mayor parte de ellas documentadas. El EEF demostró que 25 pacientes padecían de taquicardias supraventriculares, 2 de taquicardia ventricular, 1 taquicardia supraventricular y ventricular, y 1 paciente tuvo estudio normal. En los 29 pacientes en quienes se demostró taquicardia, se realizó FRF exitosa. En un paciente se indujo *flutter* auricular típico y taquicardia

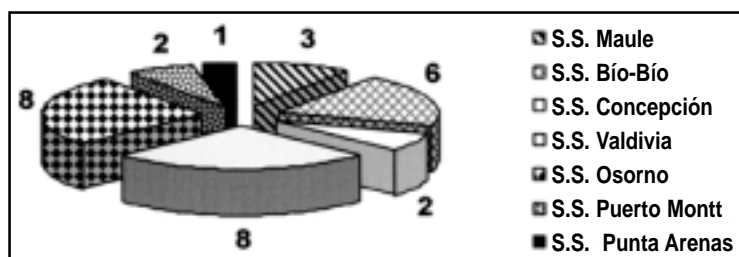


Figura 1. Procedencia de pacientes derivados a estudio electrofisiológico por convenio FONASA-Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

Tabla 1. Características clínicas de los pacientes derivados para EEF

| Paciente | Sexo | Edad | Diagnóstico | Tratamiento | Patología asociada |
|----------|------|------|----------------|---------------------|------------------------|
| 1 | F | 44 | <i>Flutter</i> | AMD-CVE | ER inactiva-plastia VM |
| 2 | M | 17 | WPW | BB | NO |
| 3 | F | 57 | <i>Flutter</i> | Flecainide-BB | NO |
| 4 | F | 63 | TRNAV | AMD-BB | HTA |
| 5 | M | 16 | <i>Flutter</i> | AMD-Carvedilol | MCD |
| 6 | M | 44 | WPW | AMD | NO |
| 7 | F | 46 | TPSV | BB | NO |
| 8 | F | 17 | TPSV | BB | Insuficiencia leve VM |
| 9 | F | 49 | <i>Flutter</i> | AMD-BB | NO |
| 10 | M | 28 | WPW | NO | HTA |
| 11 | M | 18 | TPSV | AMD | NO |
| 12 | F | 42 | TPSV | AMD-BB | NO |
| 13 | F | 43 | TPSV | AMD | NO |
| 14 | F | 16 | WPW | AMD | NO |
| 15 | F | 44 | TPSV | Propafenona | NO |
| 16 | M | 18 | <i>Flutter</i> | AMD | NO |
| 17 | F | 46 | WPW | AMD | NO |
| 18 | F | 28 | TPSV | AMD-BB | NO |
| 19 | M | 40 | WPW | AMD | NO |
| 20 | F | 47 | WPW | AMD | NO |
| 21 | M | 21 | WPW | AMD | NO |
| 22 | M | 45 | <i>Flutter</i> | Digoxina-Furosemida | ICC |
| 23 | M | 15 | TPSV | NO | NO |
| 24 | F | 44 | WPW | BB | NO |
| 25 | M | 15 | WPW | NO | NO |
| 26 | M | 47 | TPSV | Flecainide | NO |
| 27 | F | 54 | TV | AMD | HTA-Hipotiroidismo |
| 28 | M | 46 | TPSV | AMD | NO |
| 29 | F | 34 | <i>Flutter</i> | AMD | NO |
| 30 | M | 16 | TV | Carvedilol | MCD |

Abreviaciones. AMD: amiodarona. BB: beta-bloqueadores. CVE: cardioversión eléctrica. ER: enfermedad reumática. F: femenino. ICC: insuficiencia cardíaca congestiva. M: masculino MCD: miocardiopatía dilatada. TRNAV: taquicardia por reentrada nodal. TPSV: taquicardia paroxística supraventricular. TV: taquicardia ventricular. VM: válvula mitral. WPW: Wolff Parkinson White.

ventricular de 4 morfologías diferentes, realizándose fulguración exitosa sólo del *flutter*. Sólo un paciente portador de taquicardia ventricular recidivó precozmente y fue reestudiado y refulgurado con éxito en una segunda instancia. No hubo complicaciones derivadas del procedimiento. Los detalles del EEF y FRF se muestran en la Tabla 2.

Seguimiento. Todos los pacientes se encuentran en capacidad funcional normal, sin recidiva clínica de su arritmia fulgurada. Sólo permanece con medica-

mentos antiarrítmicos el paciente en quién se indujo taquicardia ventricular de 4 morfologías diferentes y al que se le fulguró sólo su flutter auricular.

DISCUSIÓN

Convenio de trabajo. En el año 2003 se realizó un convenio entre el FONASA y el Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca del Hospital Clínico de

Tabla 2. Hallazgos y resultados del estudio electrofisiológico y fulguración con radiofrecuencia

| Paciente | Diagnóstico derivación | Hallazgo EEF | Fulguración |
|----------|--------------------------|--|-------------|
| 1 | <i>Flutter</i> auricular | <i>Flutter</i> auricular típico | Sí |
| 2 | WPW | WPW-HPE lateral izq | Sí |
| 3 | <i>Flutter</i> auricular | TRNAV | Sí |
| 4 | TRNAV | TRNAV | Sí |
| 5 | <i>Flutter</i> auricular | TV septoapical izq | Sí |
| 6 | WPW | WPW-HPE lateral izq | Sí |
| 7 | TPSV | TRNAV | Sí |
| 8 | TPSV | HPE lateral izq oculto | Sí |
| 9 | <i>Flutter</i> auricular | WPW medioseptal der y post izq | Sí |
| 10 | WPW | WPW post izq | Sí |
| 11 | TPSV | HPE lateral izq oculto | Sí |
| 12 | TPSV | NORMAL | No |
| 13 | TPSV | HPE lateral izq oculto | Sí |
| 14 | WPW | WPW-HPE posteroseptal der | Sí |
| 15 | TPSV | TRNAV | Sí |
| 16 | <i>Flutter</i> auricular | <i>Flutter</i> auricular típico-TV (4 morfologías) | Sí |
| 17 | WPW | Doble vía nodal-WPW intermitente | Sí |
| 18 | TPSV | HPE lateral izq oculto | Sí |
| 19 | WPW | WPW-HPE posteroseptal der | Sí |
| 20 | WPW | WPW-HPE lateral izq | Sí |
| 21 | WPW | WPE-HPE posteroseptal der | Sí |
| 22 | <i>Flutter</i> auricular | <i>Flutter</i> auricular típico | Sí |
| 23 | TPSV | HPE posteroseptal der oculto | Sí |
| 24 | WPW | WPW-HPE anterolateral der | Sí |
| 25 | WPW | WPW-HPE posteroseptal der | Sí |
| 26 | TPSV | WPW-HPE lateral izq | Sí |
| 27 | TV | TV tracto salida VD | Sí |
| 28 | TPSV | HPE posteroseptal der oculto | Sí |
| 29 | <i>Flutter</i> auricular | TAE peri os SC | Sí |

Abreviaciones. Der: derecho. HPE: haz paraespecífico. Izq: izquierdo. Post: posterior. TRNAV: taquicardia por reentrada nodal. TPSV: taquicardia paroxística supraventricular. TV: taquicardia ventricular. VD: ventrículo derecho. VI: ventrículo izquierdo. WPW: Wolff Parkinson White.

la Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), focalizado en la atención de pacientes con arritmias recurrentes, refractarias a tratamiento farmacológico, que fueran factibles de ser sanadas definitivamente mediante EEF y FRF.

Dos fueron las razones que motivaron a proponer esta solución:

- 1) El Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca de la Pontificia Universidad Católica de Chile tiene un índice de ocupación de 80%, lo que

deja un número significativo de horas disponibles para EEF y FRF.

- 2) Post becados de nuestro programa de cardiología suelen referir pacientes con arritmias complejas para evaluación a nuestro policlínico de arritmias, sin embargo, al momento de solicitar EEF y FRF, su elevado costo y la falta de cobertura por parte del sistema previsional estatal impide que muchos pacientes se sometan a ésta.

Debido a que hay pocos centros hospitalarios que realizan EEF y FRF en el país, ofrecimos al FONASA realizar estos procedimientos a costo mínimo.

Las arritmias susceptibles de tratarse con FRF se pueden dividir en dos categorías: las que tienen una probabilidad de éxito superior al 90% y escasas complicaciones, entre las que se encuentran las causadas por presencia de haces paraespecíficos preexcitados u ocultos, las debidas a doble vía nodal, las taquicardias auriculares ectópicas, el flutter auricular derecho y las taquicardias ventriculares idiopáticas; y las que tienen una probabilidad de éxito alrededor de 70% y se pueden acompañar de complicaciones graves y costosas entre las que se encuentra la taquicardia ventricular secundaria a infarto o miocardiopatía dilatada, la fibrilación auricular, el *flutter* de aurícula izquierda².

Específicamente acordamos incluir arritmias del primer grupo en este plan piloto, ya que debíamos mantenernos dentro de un presupuesto acotado y no disponíamos de fondos para eventuales complicaciones ni para adquirir dispositivos de alto costo como marcapasos o desfibriladores implantables. Se nos asignaron 30 cupos en un plan piloto, en el cual obtuvimos resultados tan buenos como es posible. Los buenos resultados se deben en parte a la adecuada selección de pacientes. Ello no implica que los pacientes con patología más compleja o con menos probabilidad de éxito no deban ser atendidos, sino que en un proyecto acotado a ciertos costos y ciertos riesgos éstos deben de ser respetados. Pacientes con arritmias más complejas requerirán de presupuestos más elevados.

Los diagnósticos de derivación se basan en el cuadro clínico y el electrocardiograma. Hubo una buena concordancia entre los diagnósticos de derivación y los hallazgos del estudio. Las discrepancias se centraron en una taquicardia ventricular que fue derivada como supraventricular y en un paciente derivado como taquicardia supraventricular y cuyo estudio fue normal. Este último es complejo de interpretar porque sabemos que hay un pequeño porcentaje de falsos negativos en los EEF³.

Las condiciones económicas del convenio sin duda, implican riesgo para la institución de salud que da el servicio. En la práctica habitual de la profesión, si bien uno trata de mantener los costos

al mínimo, no está constreñido a un presupuesto fijo por paciente, a asumir que no tendrá complicaciones, y menos a hacerse cargo del costos de éstas si llegan a ocurrir. Si bien éste es un desafío más, sin duda que sólo instituciones de cierto tamaño y respaldo económico pueden asumir este riesgo.

Formas de entregar salud. Actualmente no existe consenso sobre cuál es el mejor modelo de salud a seguir, por lo que las comparaciones entre sistemas de salud de distintos países son bastante comunes. Si bien estos sistemas están compuestos por una serie de particularidades propias de cada país (lo que impediría extrapolar resultados directos entre naciones), comúnmente las comparaciones son hechas con los conceptos más importantes que reflejan características de su funcionamiento. Existe gran consenso sobre lo primordial que es distinguir entre lo que es la entrega (cómo se organizan, administra y proveen los servicios) de lo que es el financiamiento (cómo se pagan) de los servicios de salud. Un tercer concepto muy influyente es lo que llamaremos «asignación», que es la estructura de incentivos puesta para que guíe el flujo de los fondos desde el que paga por el servicio al que lo provee³.

Por un tema de la responsabilidad del estado con aquéllos que no tienen los medios para acceder a servicios de salud por su cuenta, el financiamiento no puede ser absolutamente privado. En cualquier país en donde existan pobres, debe haber cierta redistribución de los ingresos que le permita a esta gente acceder a servicios de salud. En cuanto a la entrega, no existe ninguna razón para que ésta no sea privada.

En la actualidad es posible apreciar sistemas de salud que funcionan de distinta manera: en Canadá la entrega es mayoritariamente privada y el financiamiento público³, en Holanda la entrega es predominantemente privada y el financiamiento mixto (parte público y parte privado)⁴, en Inglaterra tanto el financiamiento como la entrega son mayoritariamente públicos⁵.

Chile en cambio tiene entrega y financiamiento mixtos. Es un sistema donde conviven hospitales públicos y clínicas privadas (entrega), además de FONASA e Isapres (financiamiento).

¿Qué tipo de entrega es mejor entonces: privada o pública?

Esta pregunta ha sido piedra angular de un debate que constantemente se da no sólo en Chile, sino que en muchos otros países también³. No existe evidencia irrefutable de que una sea superior a la otra. Los tres países primer mundistas nombrados arriba, a pesar de tener «entregas» de distinto tipo, tienen índices muy similares en cuanto a la salud de su población (índices que muchas veces son reflejo de factores que van más allá del sistema de salud existente)³.

De todas maneras hay ciertas ventajas y desventajas de una y de otra. Sin profundizar mucho, podríamos decir que la ventaja de que haya competencia entre los proveedores es un uso más eficiente de recursos. A la vez la eventual desventaja de una situación de competencia entre oferentes es una potencial situación «oligopolística» si es que hay barreras de entrada, o de salida al mercado³. Esto significa que los oferentes podrían cobrar precios más altos y tener una rentabilidad por sobre la del mercado de manera consistente.

En el caso de Chile, pareciera ser que existe espacio para un mejor uso de los recursos. En un estudio realizado por Libertad y Desarrollo⁶ se evaluó la eficiencia de un grupo de hospitales públicos. Los resultados del trabajo muestran que los hospitales más ineficientes, en promedio, consumen entre 30 y 94 por ciento más de recursos que los más eficientes. Si los hospitales ineficientes usaran de manera más eficiente sus recursos, el gasto destinado a este sector se reduciría en, aproximadamente, US\$107 millones. Estas ineficiencias son generadas aparentemente

por falta de autonomía y flexibilidad de las que disponen sus directivos para gestionar sus recursos financieros y humanos.

La experiencia del convenio recientemente suscrito entre el Fondo Nacional de Salud y el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile es un excelente ejemplo de cooperación pública-privada que genera claros beneficios para la sociedad.

La compra de servicios a empresas externas especializadas en su producción («*outsourcing*») es algo que las empresas competitivas hacen cada vez más. Para el FONASA, los beneficios son: manda a los pacientes al laboratorio donde más fulguraciones se hacen en el país, con tecnología de primera línea, a un precio de costo, y le permite ahorrar la constante inversión en máquinas que estos procedimientos requieren. A su vez los beneficios para el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile al aumentar el número de fulguraciones que realizan son: ganar experiencia clínica y «*know how*», y cumplir de mejor manera con la formación de futuros médicos aprovechando la «capacidad ociosa» (horas en que el laboratorio no es usado) que les queda.

Esta experiencia piloto inicial demuestra que es factible optimizar el uso de los recursos de instituciones privadas, en beneficio de imponentes del sistema de salud estatal. Este tipo de cooperación público-privada es una dirección correcta que se debe seguir si queremos una mejor salud para nuestra población con los recursos disponibles.

REFERENCIAS

1. STEVENSON WG, ELLISON KE, LEFROY DC, FRIEDMAN PL. Ablation therapy for cardiac Arrhythmias. *Am J Cardiol* 1997; 80 (8A): 56G-66G.
2. SCHUMACHER E, GONZÁLEZ R, CAMBON AM. Casuística de los últimos 6 años. Hospital Pontificia UC de Chile. Laboratorio de Electrofisiología Cardíaca. *Rev Chil Cardiol* 1998; 17: 167.
3. DEBER R. Delivering Health Care Services: Public, Not-For-Profit, or Private? Comisión para el futuro del Cuidado de la Salud en Canadá 2002; 17: 1-63. Disponible en: http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/17_Deber_E.pdf
4. SCHIPPERS E. Towards a sound system of medical insurance? Consumer driven healthcare reform in the Netherlands: The relaxation of supply side restrictions and greater role of market forces 2002: 1-13. Disponible en: <http://www.civitas.org.uk/pdf/dutch.pdf>.
5. European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in eight countries: trends and challenges 2002: 1-129. Disponible en: http://www.hm-treasury.gov.uk/media/FOA/4A/observatory_report.pdf
6. CASTRO R. Midiendo la (in)eficiencia de los hospitales públicos en Chile. Serie Informe Social N°83, Libertad y Desarrollo 2004; 83: 1-52.