

LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN COSTA RICA

REFORM OF HEALTH SYSTEMS IN COSTA RICA

Juan Rafael Vargas Brenes¹
jrvargas@fce.ucr.ac.cr

Antecedentes históricos

Costa Rica fue el más pobre de los territorios de Mesoamérica hace 500 años y lo siguió siendo en los albores de la independencia de España (1821).² Entonces, siempre tuvo una frontera agrícola que no despertó mucho interés de los escasos pobladores y además no hubo ninguna riqueza que atesorar o distribuir. Lentamente fue constituyendo una identidad asociada con los cuasimontañeses del Valle Central.³

La salud como asunto público no aflora sino hasta el siglo XX⁴, cuando ya había aparecido el cultivo del café. Éste permitió que algunos hijos de caficultores pudieran ir a estudiar al extranjero (hasta medicina) y causaran lo que Palmer (2003) tipifica como la nacionalización de la salud. Los escasos médicos mayoritariamente formados en la Universidad de San Carlos de Guatemala y con frecuencia extranjeros son acompañados y luego sustituidos por costarricenses que fueron a educarse en el Atlántico Norte.

Es interesante como el éxito agrícola-mercantil del café da lugar a riqueza (presumiblemente ni demasiado concentrada ni tampoco difusa) que permite la creación de capital humano en jóvenes generaciones. Este mismo fenómeno abre la nublada oscuridad del valle a las ideas y modo de presentarlas del primer mundo.⁵ La interpretación de ese proceso es sin duda económico pero se documenta en los eventos que tuvieron lugar y la manera en que se conectaron.

Una evidencia interesante del proceso de la gestión de la salud, su incipiente dimensión pública y el ambiente político de la época la dan tres eventos de fin de siglo XIX y principios del XX: Aparecen: a) el liberal de derecha (González Víquez), es eugenésico, b) la Fundación Rockefeller, se interesa en parásitos intestinales y c) los doctores Durán y Núñez, que además de médicos eran doctos y formados en lo mejor de Europa. La opinión de don Cleto, presente en su discurso al Congreso de 1906 propone algo muy bueno por una razón dudosa o hasta censurable.

1. Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

2. No hay evidencia para sustanciar la afirmación con una cita de una base de datos. No obstante, el que Guayabo parezca el único sitio de suficiente tamaño remanente del periodo precolombino o las iglesias de Nicoya, Orosí y Heredia sean las únicas de los 300 años de la colonia sugiere que la vida material de los habitantes del territorio no puede haber sido notable.

3. Hay excelente material atiente en varios autores. Las ideas propuestas se pueden respaldar en Pérez (1994) y Láscaris (1994).

4. Las tres citas clásicas en la evolución de la salud son Jaramillo (2004), Miranda(2008) y Palmer(2003). Muchas de las ideas presentes en este artículo provienen de su lectura.

5. Se puede reconocer en esos procesos una primera oleada de globalización, que puede ser limitada para el globo pero que es importante para el valle y sus alrededores. Se genera riqueza que invita talento del resto del mundo (al igual que bienes ahí producidos) a venir a Costa Rica. Ésta ya nunca más será el "locus" de caminos de mulas, para usar una idea de Pérez (2010).

La conceptualización de la nueva política sanitaria, heredera de la educativa de El Olimpo de 20 años atrás es la línea, plantea la importancia de población saludable como “autoemigración”. La Fundación se interesará en anquilostomas como un programa mesoamericano (con otro nombre e inspirado en su éxito en el Sur de EE UU) hará compañía y respaldará el proyecto anti enfermedad del cansancio (antiproduktiva, por cierto) pero lo hará en los términos “a la tica”, como Núñez et al. lo proponen. Por cierto que la escuela será la columna vertebral de la campaña. Núñez y Durán, el joven médico y el líder del gremio, irán adelante en las líneas del positivismo (liberal) y el primero convertirá la contraparte de la Fundación en la Subsecretaría y luego en la Secretaría de Salud.

Otra de las virtudes de la nueva riqueza cafetalera es que había demanda para los médicos, tanto para que algunos foráneos vinieran pero mejor, para que los costarricenses volvieran a ejercer en su país. Las características de mercados funcionaban correctamente en aquel mundo de principios del siglo en el país pobre que empezaba a dejar de ser el cabús de la región.

Cronológicamente se dan al menos cinco hechos relevantes en el desarrollo de la salud pública:

- 1922: se crea la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública
- 1941: se crea la Caja Costarricense de Seguro Social
- 1961: se enmienda la Constitución con la norma de la universalidad de la atención de la salud, la que empezará a tener vigencia al cabo de 10 años
- 1973: se dispone el traspaso de todos los hospitales no privados a la Caja, en un proceso gradual y ordenado (tomará una década en completarse) que constituirá la base de un sistema nacional de salud (SNS)
- 1994: se inicia la creación de los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS) que completarán el proceso de universalidad de la prestación sanitaria con la norma de un centro para cada mil familias (lo cual, con un tamaño medio de familia de cuatro miembros, implica la creación de aproximadamente mil centros)

Los cinco hitos, y especialmente los últimos tres, fueron procesos graduales que marcan lo que puede interpretarse como el modo “a la tica” de gestión de problemas y construcción institucional.

Marco conceptual

A partir de las especificidades del proceso de desarrollo en atención pública de la salud en Costa Rica se identifica una institucionalidad en formación. Esto puede ser mejor entendido a partir de la contribución de Douglass North (1995) quien propone que “las **instituciones** son las reglas de juego de una sociedad”. Más formalmente “son las limitaciones ideadas por el hombre que dan forma a la interacción humana”. Por ello, “las instituciones afectan el desempeño de la economía”; a su vez, “el desempeño diferencial de las economías a lo largo del tiempo” está influido por la evolución de las instituciones. Este artículo se beneficia de la conceptualización de North en cuanto integra “el análisis institucional en la economía política y en la historia económica, cuyos elementos centrales son: a) la naturaleza de las instituciones y sus consecuencias en el desempeño económico, y b) la manera en que el cambio institucional incremental afecta las elecciones a lo largo del tiempo. Por supuesto que se refiere a la escogencia de los agentes privados y públicos y no a procesos formales de votación

North propone que las “instituciones reducen la incertidumbre” porque dan una estructura a la vida diaria. En tanto que son diferentes en distintos países o contextos, aquí se busca identificar el modo particular de construcción evidenciado en Costa Rica. Dicho en otra forma “las instituciones definen y limitan el conjunto de las elecciones de los individuos”; las de Costa Rica y su sistema de salud son el sujeto de análisis de este artículo.

El segundo elemento conceptual proviene de “*Getting Health Reform Right*” de Roberts, Hsiao, Berman y Reich, todos ellos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. El elemento operativo principal es el mecanismo denominado “*policy maker 4.0*” de Reich. En primer término, los autores proponen que la creación de instituciones es un proceso profundamente político, pero distinguen que la agenda

de la reforma no la da la sociedad sino la manera en que los líderes la perciben⁶. Un segundo actor en el proceso de formación de instituciones y consensos es la prensa, que limita, centra el foco y tiene su propia agenda. Por supuesto que no hay una única corriente de pensamiento en la prensa, cualesquiera que sea su manifestación. No obstante, la caja de resonancia y el perfil de la pugna de ideas que transparenta coadyuvan a la formación de instituciones. Una determinada crisis puede ser la “puntilla” que empuja una reforma. Hay múltiples evidencias, tanto en la historia costarricense como en otros entornos que permiten constatar ese papel detonador de las crisis. Un ejemplo reciente es como el populismo y la irresponsabilidad del Gobierno de Carazo llevó a la ciudadanía a adoptar consensos que permitieron al país volver a avanzar (luego de una larga convalecencia) con un movimiento hacia esquemas que se pueden describir como conservadores.

Esa constitución en el mundo de las ideas es orientadora de procesos institucionales. Keynes les confería un papel crucial (la servidumbre con la que acreditaba a “*some death economist*”). Los ciclos políticos y los contextos específicos afectan como cuarto elemento a la gestación de las políticas y las reformas, sean éstas en salud o en otros ámbitos de la vida pública. La experiencia de Costa Rica en 1941 es llamativa. El antagonismo entre las visiones del mundo (paralelas a las que se presentaban en Europa de esos mismos años) de la administración Cortés y la de Calderón o la relativa unanimidad de 1940 y el antagonismo de las elecciones de medio período de 1942 ilustran ese proceso.

Reformas en Costa Rica

Roberts, M. et al. (2008) define cuatro factores que determinan las reformas y su posible éxito. El escribe más en términos de prospección y estrategia pero su marco conceptual es útil

6. Naturalmente que esa visión de los líderes sólo puede materializarse si tiene su “caja de resonancia” en el apoyo popular. En cada tipo de organización política la manera de constituirse ese apoyo es diferente, sin duda. En una democracia del tipo de la que se construyó en Costa Rica en los últimos cien años, la vía electoral secuencial es un elemento definitorio.

en este contexto. Identifica: a) los actores, b) el fenómeno del poder, c) la posición de éstos en términos del espectro ideológico (u otro punto de referencia) y d) la percepción de los ciudadanos de la institucionalidad involucrada y las políticas que se proponen. Los cuatro elementos pueden ser modificados (es más se intenta que así sea y la acción de los líderes hace eso inevitable) por las propuestas y las negociaciones.⁷

El análisis de Reich es más completo de lo que en este artículo se emplea pero sin duda que aporta los elementos que permiten organizar este análisis. En esa construcción institucional se definen tres reformas que tienen lugar alrededor de una década cada una ellas. Se identificó: la de los cuarenta, los setenta y los noventa, todas ellas del siglo veinte.

La primera reforma amerita una explicación conceptual. Puede afirmarse que más que una transformación institucional es una innovación por cuanto en ella se establece la Caja Costarricense de Seguro Social (1941). Desde la óptica de la salud de la población se evidencia que había una serie de elementos presentes de forma que no fue agua que brotó en el desierto. Había un sector de prestaciones médicas privadas, una estructura hospitalaria de beneficencia institucionalizada en una organización privada sin fines de lucro, había un ministerio público con tareas normativa y algunas de prestación y una institución pública que vendía protección en mercados privados monopolísticamente. Todo ello se ve modificado por la irrupción de la innovación institucional y muchos de ellos son los principales adversarios de su nacimiento. No obstante lo escrito, puede aceptarse la posición de que esa década no corresponde a una reforma sino a una génesis. Lo que resulta incuestionable es que hay un proceso de políticas públicas susceptible de beneficiarse con las líneas conceptuales de Reich.

El antecedente central a la primera reforma es que la República Liberal que para entonces ha cumplido su medio siglo y cuyos conductores desaparecen (la muerte los termina visitando, en ese orden, a Cleto González y a Ricardo Jiménez,

7. Una lúcida interpretación de los procesos políticos la ofrece Lizano (2010) en el ámbito de la economía, pero la mayor parte de esas ideas son útiles en otros contextos, también.

los antiguos compañeros del Colegio San Luis Gonzaga). Se había adelantado que la transición viene acompañada de conflicto entre dos líderes del Partido Republicano y sucesivamente presidentes de la República, León Cortés y Rafael Angel Calderón. Sin que el paralelismo sea pleno, hay un eco de la pugna ideológica que llevó a Europa a la Segunda Guerra. En la posición y visión de Calderón aparecen los católicos que no pudieron vencer a los liberales 50 años antes y se da una mezcla de conservadores (al menos en lo religioso) y de socialistas “blandos”. Esta última observación corresponde a lectura tropicalizada de la doctrina social de la Iglesia Católica que se exportaba desde Lovaina pero que se opuso en la campaña de 1940 a los planteamientos de los comunistas encabezados por Manuel Mora, quienes alcanzan el 10% de la votación. Igualmente puede identificarse un proceso mediante el cual el partido ganador adopta bajo su propio diseño algunas de las propuestas de la oposición política como proceso de neutralización.

Calderón es médico, hijo de médico y formado como tal en Europa, lo que no son hechos ociosos. Es útil entender que el país “estaba preparado para la reforma” pero el sector sanitario no. El católico Carlos María Jiménez había hecho una propuesta de sistema público de atención de la salud quince años antes y el Plan Koberg que articulaba de manera clara y concreta la propuesta sanitaria había aparecido una década antes. La cantidad de médicos, unidades prestadores de servicios de salud eran bastante limitados y el Gobierno, cuyas finanzas públicas resentían la recesión asociada con la guerra europea, no estaba en capacidad de hacer grandes erogaciones. No fue la única reforma, pero sí la primera, donde la alianza con la Iglesia (encabezada por Víctor Manuel Sanabria) y con

los comunistas apoya la concreción institucional. La manera en la cual se articulan

Reforma de los 40

La lámina 1⁸ ilustra la pantalla con la información atinente a actores, poder y posición correspondiente a la creación del Seguro Social. El posicionamiento respecto a la creación se identifica con los colores del semáforo, aunque también denota intensidades. La columna de poder fluctúa de blanco a negro según éste va creciendo

La estructura de agentes permite ubicar individuos e instituciones, clasificarlos por sectores, ubicarlos en sus posiciones a favor o en contra de la Reforma, que este caso es la creación de la CCSS. Aunque la información es la misma, la imagen de las fuerzas políticas en disputa es más clara en la lámina 2. Es útil reconocer que a diferencia del Código de Trabajo donde sí había muchos intereses en pugna, en la reforma de las prestaciones de salud. La razón principal de esa distinción se origina en los intereses en pugna. En el Código se empodera a los trabajadores de una manera que modifica las relaciones del mercado laboral y los costos de producción. El Seguro Social tenía una relativa contradicción inherente: sólo cobijaba trabajadores urbanos con salarios mensuales por debajo de \$53. No afecta a muchos trabajadores y por ende a pocos empresarios. De manera muy importante la institución propuesta es una caja (pseudobanco) de medicina prepaga carente de infraestructura. En palabras sencillas, no estorba a casi nadie porque no tenía impactos significativos.

8. Los textos están en inglés porque el “software” sólo tiene versión en ese idioma y la consistencia lo recomienda. También se usan abreviaturas para comunicar conceptos usando el mínimo número de caracteres. Nunca es posible que éstos sean totalmente claros pero se presume que se les puede reconocer por contexto.

Player name	Level	Sector	Position	Power
A. PeñaCharvarta	ccss41	Professional	<input checked="" type="checkbox"/> High Opposition	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
C.M. Jiménez	ccss41	Political	<input type="checkbox"/> Medium Support	<input type="checkbox"/> Low
CalderónG MD	ccss41	Governmental	<input checked="" type="checkbox"/> High Support	<input checked="" type="checkbox"/> High
Congress	ccss41	Governmental	<input type="checkbox"/> Non-Mobilized	<input checked="" type="checkbox"/> High
F. CalderónG	ccss41	Governmental	<input type="checkbox"/> Low Support	<input checked="" type="checkbox"/> High
G. PadillaCastro	ccss41	Governmental	<input checked="" type="checkbox"/> High Support	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
Horacio Castro	ccss41	Private	<input type="checkbox"/> Low Support	<input type="checkbox"/> Low
Industry Board	ccss41	Private	<input checked="" type="checkbox"/> Medium Opposition	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
INS	ccss41	Governmental	<input checked="" type="checkbox"/> High Opposition	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
Julio Acosta	ccss41	Political	<input type="checkbox"/> Non-Mobilized	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
M. Etchebame	ccss41	International	<input type="checkbox"/> Low Support	<input type="checkbox"/> Low
Manuel Mora	ccss41	Political	<input type="checkbox"/> Non-Mobilized	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
Mario Luján, MD	ccss41	Governmental	<input type="checkbox"/> Medium Support	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
Medical Union	ccss41	Political	<input checked="" type="checkbox"/> High Opposition	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
Ministry Health	ccss41	Governmental	<input type="checkbox"/> Low Support	<input type="checkbox"/> Low
Nat. IssuesCenter	ccss41	Political	<input type="checkbox"/> Low Opposition	<input type="checkbox"/> Low
Nat Union Party	ccss41	Political	<input checked="" type="checkbox"/> High Opposition	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
press	ccss41	Media	<input type="checkbox"/> Non-Mobilized	<input checked="" type="checkbox"/> High
private sector	ccss41	Private	<input checked="" type="checkbox"/> Medium Opposition	<input type="checkbox"/> Low
Raúl Gordián	ccss41	Private	<input type="checkbox"/> Low Support	<input type="checkbox"/> Low
Republican Party	ccss41	Political	<input type="checkbox"/> Low Support	<input checked="" type="checkbox"/> Medium
T. SolleyQuell	ccss41	Political	<input type="checkbox"/> Low Opposition	<input type="checkbox"/> Low
V. Sanabria	ccss41	Religious	<input type="checkbox"/> Medium-Support	<input checked="" type="checkbox"/> High

Lámina 1
Reforma de los 40, distribución de agentes y sus características.

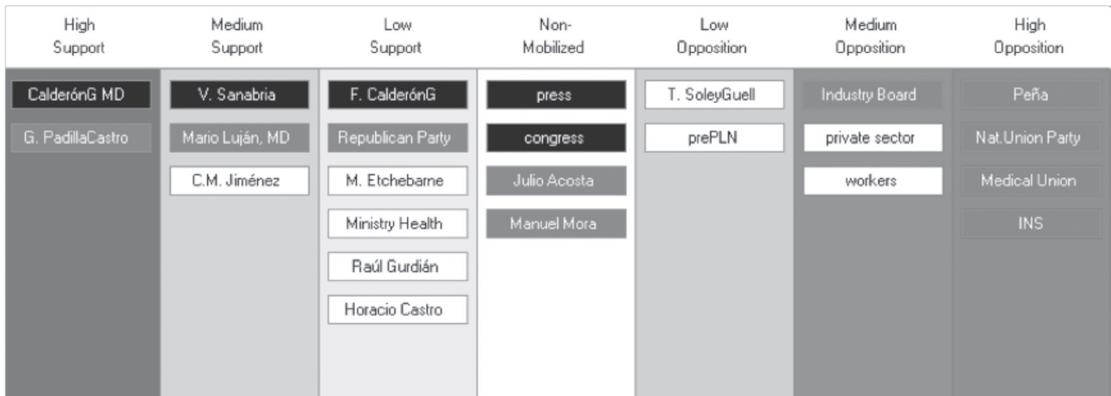


Lámina 2
Mapa de posiciones de actores políticos

Utilizando los colores del semáforo, el cuadro 2 obtenido de “policy maker 4.0” permite identificar a los once actores que están a favor de la creación de la Caja con una lectura de qué tan fuerte es el apoyo que brindan a la idea. Cuatro actores tienen una posición más o menos neutra (color blanco) y nueve están en contra, también con diferentes grados distintos de intensidad.

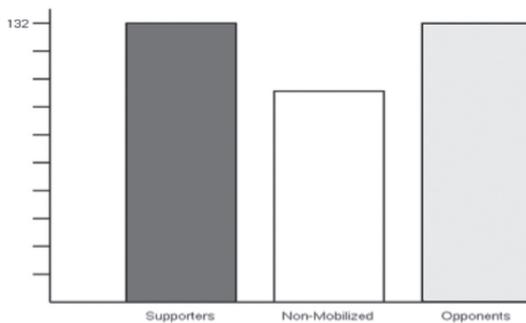


Lámina 3
Factibilidad política

En el ámbito de

El poder político se ilustra en la lámina 1, que como se dijo combina toda la información

atinente a los actores. El detalle de las fuerzas interactuantes no aparece explícito, pero la lectura de la lámina permite, por ejemplo, informarse de que los dos actores con una posición muy fuerte a favor de la creación de la Caja, Calderón y Padilla, naturalmente poseían muy distinto poder, uno de presidente de la república y el otro del técnico que mejor entendía la conceptualización institucional. El segundo tenía poder porque el primero se lo confirió. Los grados (tres) que permite “policy maker 4.0” asignar distinguen esas circunstancias del poder.

El resultado de posicionamiento junto con el poder respectivo se integra en la lámina 3, pero éste da información agregada. En esa lámina se aprecia un cuasiempate de las fuerzas que apoyan y adversan la innovación institucional. Eso tiene pocas consecuencias porque el Presidente tiene todavía gran poder sobre su gabinete, el congreso, el Partido Republicano y sobre el entorno político. La ruptura con el expresidente Cortés tampoco es pronunciada. Incluso guarda distancia con la oposición, liderada por Manuel Mora. En ese sentido 1942 es un parteaguas político. La lámina 4 ofrece otra visión resumen.

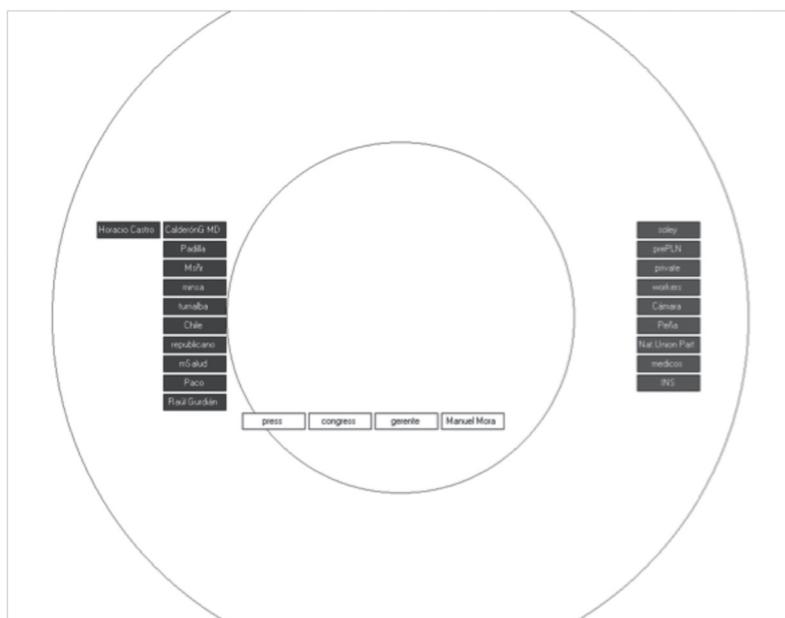


Lámina 4
Espectro de fuerzas

También, hay un buen número de actores que no tienen un partidismo muy claro. Solamente seis actores tienen una posición totalmente definida a favor o en contra de la creación de la Caja. Por su parte, los sindicatos y sobre todo el de médicos adversa la institución y ningún colectivo defiende la propuesta. El que no se entendía lo que significaba y el que a nadie amedrentaba (tope de ¢300) jugó a favor de la innovación.

Más adelante en la década de los años cuarenta se genera gran polaridad, donde el Presidente Calderón juega un papel central. La economía, en mucho resultado de la guerra, no ayuda mucho y coadyuva con fallas en la eficacia de la Administración Pública.

La creación de la Caja, por otra parte, transforma al país en mediano plazo. Para fin del siglo XX, casi sesenta años luego de su creación, la esperanza de vida al nacer pasa de 57 a casi 76

años, la mortalidad infantil de 90 a 12 por mil y el índice de desarrollo humano de .55 a .88.

Reforma de los años setenta

Hasta hubo una guerra civil, una nueva constitución, se proscribió el ejército, se inició la industrialización a partir de un TLC regional. En 1961 se aprobó la universalización de los servicios de salud con un horizonte retardado de diez años plazo. Fue una decisión sensata y mostró el “modo tico” de hacer las cosas e implicó la construcción de lo que Moseley (2011) identificó como “infraestructura”, que involucró tanto la dimensión física (instalaciones de salud) como el capital humano que es sin duda crucial. Huelga la observación de que no había Escuela de Medicina en el país en el momento de la ley de universalización.

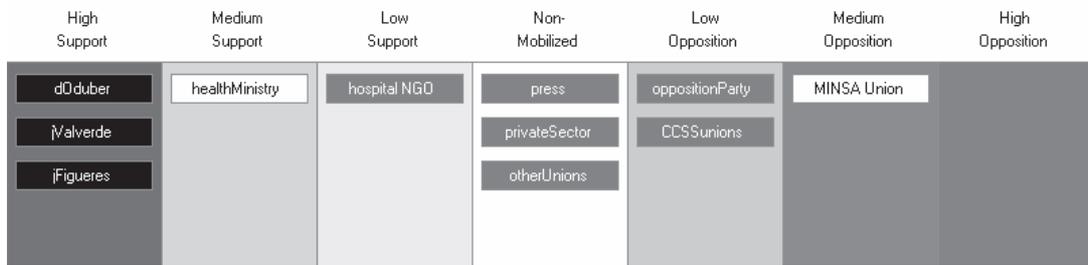


Lámina 5
Mapa de posiciones de actores políticos en la década de los años setenta

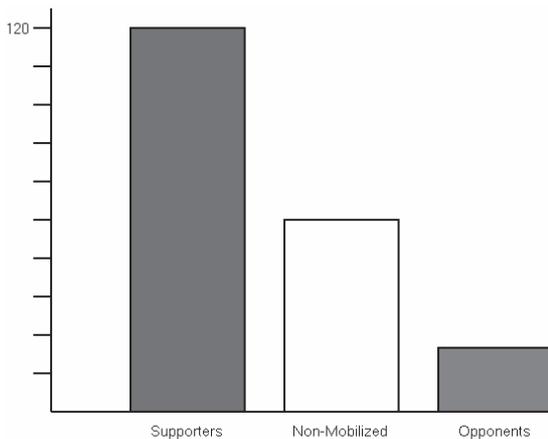


Lámina 6
Factibilidad política de la reforma de los años setenta

Es interesante que la CCSS estuvo en contra de la medida universalizadora. Los médicos pesaban en las decisiones al interior de la Caja y la administración tenía una actitud temerosa. Había dos ámbitos hospitalarios: los privados (organización sin fines de lucro) de la Junta de Protección Social (sostenida por el monopolio de la lotería) y los de la CCSS. Se planteó la idea de integrar ambos ámbitos, pero los médicos volvieron a estar en contra, más no así su sindicato. Hubo una decisión, de nuevo presidencial (emulando la de Calderón frente a la recomendación tripartita) y fue un sí. Con prudencia se optó por un proceso gradual y éste tardó aproximadamente otra década, siendo el Hospital de San Ramón el último de la lista. La ruptura del “tope” salarial era necesaria y se hizo. Desde el ámbito financiero, uno de los defectos de la solución de compromiso fue dar lugar a un contexto débil e

incompleto que acompaña a la institución en los primeros setenta años de existencia.

Ahora aparecen dos presidentes en la lámina, que son del partido “rival”, además de que ésta involucra menos actores. Se observa, y eso es muy importante en la construcción de instituciones que preocupaba a North, que la columna de alta oposición (rojo intenso) está vacía, la mayor parte de los actores se ubican en colores pastel. Por otro lado, el traspaso de los hospitales (acervo) fue por simbólico colón y aunque el arreglo financiero en flujos no es bueno el bono demográfico suaviza el problema. Una vez más el mercado laboral es la solución (el ámbito público, el problema, explícito y subyacente) porque los topes salariales se eliminan, la universalidad casi está casi sustentada financieramente porque a ese aspecto se le suma el bono demográfico que estaba por empezar.

El resultado de la lámina 6 es la más clara prueba de construcción de instituciones. En específico, la CCSS es nacional, es decir no es de nadie, en otras palabras, es de casi todos. Eso le da sustentabilidad política a la universalidad.

Reforma de los años noventa

Poco falta para la universalidad o será mucho. La atención de la salud está integrada y es homogénea, al menos en el plano conceptual en todo el territorio. Hay normas y recursos que parecen universales. Lo que no está concebido es la creación de salud, el proceso (hospitalocéntrico) se organiza alrededor de su curación. La CCSS puede entenderse mejor como un SNS (Sistema Nacional de Salud), donde el SNS es una realidad nacional

(institución). Se ha logrado la meta del proceso postulado por North. La construcción de esta Reforma la hacen dos administraciones de diferente partidos, pero ya los presidentes no son centro protagónico. Además, parece un

nuevo actor: las instituciones internacionales, pero su papel es de apoyo, casi de comparsa (se emula lo que aconteció con la Fundación Rockefeller, 70 años antes). Es esa una prueba de solidez institucional.



Lámina 7
 Mapa de posiciones de actores políticos en la década de los años noventa

En la lámina 7 se puede observar que los ámbitos extremos aparecen vacíos y la reforma se da en el paradigma nacional. Esto refuerza de manera contundente la creación de instituciones. De esa manera, algunos técnicos y funcionarios de nivel medio hacen la “revolución” (reforma evolutiva, aunque todo lo fue) y los dos bancos del Potomac aparecen para “respaldar” porque es Costa Rica quien dice cómo es la cosa.

De la lámina 8 se destaca un hecho saliente, los no movilizados son el mayor grupo. La reforma fue exitosa, de modo que la universalidad es un hecho, al menos hasta donde lo es en España (y es decir mucho). Es ésta un híbrido de

estructura bismarkiana en un contexto de Beveridge. No será la última Reforma porque esta SNS se “muere de éxito” y a transición demográfica, la epidemiológica y la trampa fiscal están al acecho.

Además, hay al menos otros siete problemas que el SNS enfrenta: a) la institución “cautiva de los sindicatos”, b) el tamaño de la institución (es la mayor empresa de Centro América), c) la tragedia de la gestión pública, d) algunos éxitos de gestión no se aprovechan (las cooperativas), e) la Corte Suprema la castiga, f) el sistema de compromisos de gestión no se le entiende o no se toma en serio, y g) la mora, especialmente la de Estado es un problema que antes que reducirse de manera sostenida, se incrementa.

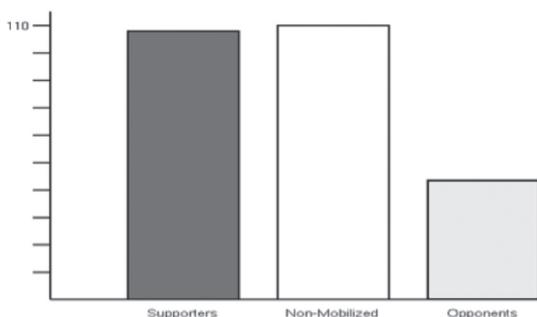


Lámina 8
 Factibilidad política de la reforma de los años noventa

Referencias bibliográficas

Fischel, A. (1992) El uso ingenioso de la ideología en Costa Rica, EUNED, San José
 Jaramillo, J. (2004) Historia y evolución de Seguro Social de Costa Rica, EDNASSS, San José
 Láscaris, C. (1994) El Costarricense, Educa, San José
 Miranda, G. (2008) La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica, EUNED, San José

- Moreno, J.C. y J. Ros (2010) Desarrollo y crecimiento en la economía mexicana, Fondo de Cultura Económica, México
- Moseley, G. (2011) Informe de Situación Sobre la Reforma del Sistema de Salud de EE.UU., USF Seminar, Tampa
- North, D. (1995) Instituciones, cambio institucional y desempeño económico, Fondo de Cultura Económica, México
- Palmer, S. (2003) From popular medicine to medical populism, Duke University Press, Durham
- Pérez, H. (1997) Historia contemporánea de Costa Rica, Fondo de Cultura Económica, México
- Roberts, M. et al. (2008) Getting health reform right, Oxford University Press, New York