

LA INSTITUCION SALUD COMO INSTANCIA IMAGINARIA

Ana Rodríguez Allen

Subdirectora

Departamento de Filosofía, Universidad Nacional

Cuando me propuse reflexionar acerca de la institución salud del país, me asaltaron muchas dudas, pues me estaba fijando un plan excesivamente pretencioso. Comprender de un plumazo y tratar de pensar la historia institucional desde la intersubjetividad, es osarse a entrar no sólo en el túnel del tiempo, sino en un laberinto sin fin.

Me había planteado, a través de la recopilación del material empírico, obtenido de talleres, entrevistas y seminarios, que se llevaron a cabo con trabajadores de la salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, mostrar por medio de imágenes las relaciones interpersonales entre los trabajadores de la salud y los usuarios de la misma. Pues, conocer estas relaciones nos permite explicarnos y develarnos diversas relaciones, que van desde la producción material e intelectual hasta la dimensión ética, que se construyen intersubjetivamente en los modelos organizacionales.

La indagación, me permitió descubrir que para conocer la organización actual y sus relaciones interpersonales, tal como existe en el presente, era necesario tener datos del pasado, de su fundación, como de los cambios que ha venido sufriendo la institución. De suerte que, después de haber meditado bien el asunto, me percaté que el eje histórico se encontraba aún incompleto. Aunque, luego de examinar cuidadosamente el material que hasta ahora había reunido, concluí que al menos podía elaborar algunas reflexiones que nos aproximarán a esta institución.

Debo aclarar que el análisis de la institución salud, no es fácil cuando la misma cuenta con cincuenta años de historia y sobre todo porque las normas y secretos de las instituciones no son fáciles de conocer. Además, los obstáculos se acentúan si lo que deseamos es encontrar posibilidades de transformación de la misma. Pues, estas dificultades surgen cuando se intenta correr *la cortina de humo* que cubre normas y

modelos de comportamiento culturales introyectados por los trabajadores en lo íntimo de la organización. Producto, entre otras cosas, de un momento histórico que se caracteriza por una creciente desarticulación social que promueve un exacerbado individualismo, egocentrismo y aislamiento, que conducen casi inevitablemente a la desestructuración y desocialización sistemática de lo grupal y de la solidaridad entre las personas.

Pues entonces, para salir de esta maraña en que me había introducido, consulté a varias personas involucradas en el espacio institucional salud, acerca de las ideas que expreso en este artículo, pues tenía claro, como *extraña* a la institución, que no iba a ver como *familiar* lo que es *natural* para los que están dentro de ella. Los aportes y las observaciones de estas personas fueron fundamentales para la elaboración de este trabajo. Por ello, deseo expresar mi agradecimiento a Jessica Mac Donald, a Mauricio Castro, a Ileana Quirós y a Roxana Reyes.

Para decirlo brevemente, el término institución, según Znaniecki, es un concepto polisémico que ha sido definido de diferentes formas de acuerdo con diferentes concepciones de mundo, sistemas filosóficos y políticos. Pierre Cardan define el concepto institución como:

...un circuito simbólico, socialmente sancionado, en el cual se combinan, en proporciones y relaciones variables, un componente funcional y un componente imaginario.¹

Por otro lado, el mismo Znaniecki, destaca que la definición en boga es la siguiente:

...el nuevo sistema de referencia del concepto de institución tiende a ser el grupo.²

De acuerdo con lo anterior, la institución surge en primera instancia de las relaciones que se establecen entre las personas, en un marco de reglas y hábitos colectivos. En segunda instancia es el espacio dialéctico entre realidad y el espacio imaginario, y en donde se pone en juego la división técnica y psicológica del trabajo humano. En síntesis, las instituciones ponen al descubierto cierta imagen de la sociedad en la que están circunscritas, que es lo que deseo mostrar en relación con la institución salud del país.

La institución salud en Costa Rica como campo de estudio, se nos presenta como aquel ser imaginario mitológico de cien cabezas llamada la Hidra de Lerna, del cual renacían cabezas a medida que se cortaban, y al que dio muerte Hércules, cortándolas todas de un sólo golpe. Con esta metáfora lo que pretendo es ilustrar un primer esbozo de la institución salud del país. Pues, al interior de la institución salud emergen una multiplicidad de instituciones con diversas funciones, por ejemplo, la institución salud no puede dejar de estar involucrada con la formación de profesionales en salud, como los hospitales escuelas, es decir, tenemos instituciones educativas, instituciones encargadas de resolver todo lo relativo con el suministro de agua potable, instituciones aseguradoras,

municipalidades, compañías farmacéuticas, diversas corrientes religiosas, familia, sindicatos, etc. Resulta interesante lo anterior, cuando la contrastamos con la simplicidad con que fue concebida originalmente, se quería en el gobierno de Cleto González Víquez una:

«Caja para la Atención de las Emergencias Médicas de los Trabajadores», que se financiaría con contribuciones de patronos y obreros.(...) Seguro Social en casos de enfermedad, accidentes, maternidad, casamiento e invalidez.³

Al respecto, Miranda Gutiérrez explica lo siguiente:

En lugar de una legislación nacional colectiva para cubrir los riesgos laborales, con subsidio económico por invalidez temporal, o por vejez o muerte, surgió una institución de protección individual, cuyos beneficios se adquirirían en directa proporción al costo de la póliza de cobertura. No arraigo el concepto social tan profundamente como para crear una política estatal para la cobertura de riesgos laborales de carácter generalizado; apenas se creó una entidad de concepción bancaria, que suministraba protección individual, típica de los seguros privados.⁴

Aunado a lo anterior, Miranda Gutiérrez describe cuales eran las dos corrientes predominantes en relación con la concepción de salud y la situación del cuerpo médico en ese momento:

Cuando se trató del combate contra la enfermedad, se la consideró casi siempre como un problema personal, incluso porque no se conocía claramente el origen de las enfermedades, pero cuando éstas fueron adquiriendo proyección social, o cuando se empezó a considerar la Salud como un patrimonio al mismo tiempo individual y colectivo, dejó también de tener un alcance puramente personal, para adquirir cada vez una mejor proyección, una proyección colectiva. Esta ha sido una de las diferencias más claras entre la medicina individual, a la que pertenece la práctica privada de la profesión, y la medicina social, fortalecida por las instituciones que son responsables en iguales partes, de la Salud del individuo, su familia y su colectividad.

En nuestro país, el contraste entre las dos concepciones acerca de la Salud se presentó cuando nacieron las inquietudes por la Seguridad Social; tales inquietudes acompañaron al gremio médico en el proceso de su desarrollo. La Unión Médica Nacional de Costa Rica se fundó en 1944, por un grupo distinguido de profesionales del cuerpo médico. Aunque la mayoría se había educado en Europa y obviamente conocían la Seguridad Social y pese a que el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia era su contemporáneo y amigo, muchos antagonizaron la constitución de la Caja Costarricense del Seguro Social, debido al temor a las repercusiones que produciría sobre su práctica profesional privada.

(...) Las necesidades de la población, que en ese momento se hacen críticas

debido a la parálisis de la economía por la prolongación de los efectos de la guerra, indujo a la Junta Directiva a aprobar la propuesta de la administración para aumentar el tope salarial de cotización fijado en 400 colones, a 1000. La reacción de la Unión Médica no se hizo esperar: provocó una renuncia colectiva de los médicos servidores de la Caja y la solución solo vino al reversarse la medida (...)

Dice Miranda Gutiérrez que en sus orígenes no sólo el cuerpo médico adverso la creación de la Caja:

Los patronos clamaron por un peligroso aumento de los costos de producción en momentos de crisis bélica; los trabajadores sintieron el pago de sus cuotas como una disminución del salario; un sector del gobierno interpretó el proyecto como una medida izquierdizante; el cuerpo médico temió perder la práctica privada de la profesión y organizó la Unión Médica Nacional, para oponerse al desarrollo del Seguro Social.⁵

Pero, esto es en cuanto sus orígenes.

Otra forma, de acercarse a la institución salud es mostrando, no sólo la que surge a través de normas y políticas oficiales en salud, sino también, de las que se construyen fuera de la norma y están instaladas, por lo tanto, en otra norma u otra moral. Con esto quiero decir lo siguiente, que en toda institución, no sólo viven la mayor parte de su vida un conjunto de personas, sino que ponen todas sus expectativas, deseos personales, valores y concepciones de mundo en ella. La institución, repito, no es la que se expresa en lo nominal o lo jurídico, sino la que los individuos edifican, al relacionarse con un modo de trabajo, que a su vez irá nutrido de elementos imaginarios y reales.

Tenemos pues, la idea que los miembros tienen de la institución, la idea construida en la documentación oficial y la definición que la comunidad externa da de ésta. Todo esto en suma, crea un sistema imaginario-real acerca de la institución que les permite sobrevivir y cumplir sus deseos o no. Por ello, no está de más decir, que la institución nunca es lo que dicen los papeles o discursos oficiales. Y ya sabemos por Susan Sonntag que la legitimidad de las instituciones depende de las metáforas con que se revisten para adquirir carta de presentación.

Un ejemplo diáfano de la explicación anterior es el siguiente. En mayo de 1993, un grupo de trabajadores de la salud, médicos en su mayoría, elabora lo que serán las políticas de salud para la institución y por ende, para el país. Este grupo se propone, entre otras cosas, impulsar un modelo de atención integral de la salud costarricense con perspectiva de género, con participación social y ciudadana que tome en cuenta:

...las nuevas tendencias económicas y comerciales internacionales con el nuevo rol del Estado en la prestación de los servicios sociales; con los cambios demográficos y de perfil de salud de la población nacional; así como con los problemas estructurales y financieros del sector salud, que hacen necesario una reforma profunda del actual sistema.

Sigue la cita:

Dentro de esta reforma ocupa un lugar primordial y aglutinador el desarrollo de un Modelo de atención integral, que logre de una manera eficiente, eficaz y humanizada, hacer frente a las exigencias y nuevas necesidades de salud de la población, a un costo que el país pueda sostener, con un enfoque nuevo y fortaleciendo los principios que sustentan la seguridad social.⁶

La propuesta recuerda los modelos organizacionales de las empresas estadounidenses, sobre base teórica: la gerencial, que se propone lograr un bajo costo económico, con un alto costo social y humano, eficiencia y calidad. ¿Y cómo? *Con atención integral.*

La atención integral es definida como:

(...) el proceso de trabajo en salud en lo conceptual, lo metodológico y en lo práctico (...) representa un esfuerzo de sistematización en el que se parte de prácticas y experiencias desarrolladas por algunos grupos en los niveles locales (...) pretende identificar el qué y el para qué; el cómo y el dónde, de la atención integral en salud. Todo ello, con la expectativa de que su aplicación sea efectiva en el quehacer cotidiano de los servicios de salud, para impactar, de manera sustantiva, en la calidad de la atención individual, grupal y colectiva en salud (...) se pretende viabilizar la transformación de las prácticas de salud, y enriquecer el trabajo personal y, por lo tanto, lograr la satisfacción en su desempeño y el involucramiento de las personas en la producción social de la salud.⁷

El proyecto de reforma del sector salud y las iniciativas de atención integral fueron traducidas por los trabajadores de salud de la siguiente forma:

- La institución nos ha forzado a trabajar en equipo y si uno no lo asume viene la carta de despido. El que no entra al cambio queda afuera.
- ...estos cambios producen incertidumbre, porque dicen que vamos a desaparecer. Se sufre mucho. Ni siquiera los jefes tienen las respuestas. Tampoco los altos mandos saben cuál es la ruta, porque nunca han trabajado en equipo.
- La institución con el nuevo modelo, nos pide trabajar en equipo, pero al final uno se queda solo. Tengo cincuenta años de trabajar en esta institución y nunca he trabajado en equipo.
- Por mucho que digamos que cumplimos con las normas que nos manda la institución, el trato a las pacientes en muchas ocasiones es inhumano.

Por un lado, los testimonios recogidos evidencian la no aceptación del trabajo en equipo, y por otro, se muestra la desorganización que se incrementa por la falta de una dirección y conducción clara del trabajo en equipo, que permite que cada uno lleve su

tarea individualmente. Así, pues, cuando estas propuestas de cambio llegan a los «bandos medios» como Directores Regionales o Jefes de Clínicas, y luego a los grupos que atienden directamente a la población asegurada como en los EBASIS, el modelo se transforma en la acción cotidiana y en el trato con las usuarias, en una práctica expulsiva y en un malestar, que se manifiesta en el ámbito laboral de la siguiente forma:

...nosotros mismos las desorientamos, las desconcertamos, no les ponemos atención y las tratamos como tontas, las hacemos ir de un lado a otro, porque nosotros nos sentimos igual aquí, no hay camino definido, nadie entiende el nuevo modelo.

En todo caso, se advertirá, como lo muestran los ejemplos anteriores, que todo escenario institucional esta constituido por dos dimensiones la individual y la colectiva, que en la práctica se modela en relaciones que conforman nuestra identidad en la institución. Estas normas y valores pueden, o violentarnos o impulsar nuestra capacidad creadora. Con ello se crea todo un sistema de valores y normas como base organizacional. En este caso, en particular, el pragmatismo tecnocrático de la eficacia en la acción política, se sustenta en valores tales como: eficacia técnica, dominio de los procedimientos, preparación profesional, es decir, instrumentalización intelectual. Ahora bien, la política de salud esta maniatada por que esta construida sobre una concepción previa a la realidad institucional y, por lo tanto excluyente de quién no se adapte a la manera de ver de los altos mandos.

Algunos de lo entrevistados manifestaron que ellos, lo único que tenían que hacer era «acatar órdenes» y aplicar el modelo de readecuación, pese a que ello no era plausible, puesto que las normas jurídicas de la institución lo hacían poco factible. Lo que evidencio la escisión que existe entre las normas jurídicas de la institución y el trabajo en equipo que se pretendía impulsar, lo que hace que aquello que aparece como meta institucional, resulte imposible de ser realizado en la práctica real.

- *Para mí lo importante es que las reglas del juego estén claras. Hay situaciones de emergencia, por eso las estructuras tienen que ser muy rígidas, por eso deben haber jerarquías ¿qué pasa si viene un terremoto?*
- *Es importante que las reglas estén claras. Ahora, si las reglas están claras y hay alguien que no es honesto, para qué normas.*
- *En los grupos siempre hay alguien que lleva la batuta y es autoritario.*
- *El jefe de uno recibe una orden. Prevalece la prioridad del jefe por más razones que uno le dé. Es un atropello. Les importa muy poco la prioridad del grupo.*
- *La norma de la Caja dice que el jefe es el médico.*

Vale la pena señalar que, por más que se intente promover un modelo o un diseño técnico bueno e intachable, puede ser incluso perjudicial a los trabajadores, que no sólo son sujetos pasivos de las acciones políticas, puesto que primero hay que entenderse con la gente. Pues, se trata de encontrar nuevos marcos de referencia, contenidos y

sentidos de la cuestión de la calidad, es decir, más allá de principios productivistas y eficientistas. Trabajo en equipo y atención integral impregnan las propuestas de cambio y la capacitación del personal de salud. La distribución de una idea o un proyecto pasa por una exposición clara, convincente del mismo. Las entrevistas ponen al descubierto el sistema de relaciones y de valores al interior de la institución y el modelo de readecuación es percibido como arbitrario, poco transparente e ilusoriamente engañoso.

Las instituciones demandan para sí mismas lealtad, tiempo, sacrificio de los individuos que la constituyen. Y lo individuos reconocimiento y no invisibilización de su trabajo, sobre todo en el caso de las mujeres enfermeras. Parece imposible que todo espacio institucional no carezca del algún grado de malestar. Esto nos previene y nos exige tener claro que, nosotros nos movemos en un círculo de interpretaciones particulares, y para comprender otros códigos institucionales debemos cruzar las fronteras de nuestros círculos de referencia, para no caer en generalizaciones simplistas. De no ser así, podemos interpretar otras culturas institucionales a partir de nuestros propios esquemas referenciales.

Pues bien, salvadas las distancias, en los ejemplos anteriores mostrábamos como percibían los trabajadores de la salud a la institución, hacia falta vincularla con la imagen externa que poseen de ella los usuarios. En lo que respecta a la institución salud, la usuaria la describe así:

«Mire, esto es un diálogo de sordos, mientras los médicos no empiecen a escuchar no vamos a llegar a ningún lado».

Este señalamiento es importante, porque en el se resume, las relaciones que la institución establece con sus trabajadores y por medio de ellos con las usuarias, la incapacidad de reconocer a la sujeto de su trabajo, a un sujeto completo, no al fragmento útero, hígado o corazón. A una sujeto social.

«Yo no entiendo lo que él dice, por más que le pregunto, no logro entender, es como si fuera sordo, pero al fin y al cabo, como él dice, él es el que sabe».

Esto muestra en el nivel individual algo que se reproduce y se manifiesta también en el nivel colectivo. El uso que damos al conocimiento. Por un lado, el explicar implica perder poder y por otro lado, el no hacerlo, me lleva a concentrar poder y conocimiento acerca del otro. Además, si el poder lo tiene el otro y lo delegamos y no asumimos ni exigimos como usuaria de los servicios la responsabilidad de conocer y saber en relación con nuestro propio cuerpo. Ahora bien, esto responde a una forma de relación dentro de la institución, en la cual el control y el cuidado del cuerpo está en manos de quién organiza el funcionamiento institucional.

Acorralados por los efectos de las políticas neoliberales y cambios estructurales, excluidos de la participación en la toma de decisiones, pensar seriamente y en profundidad las políticas de salud parece imposible. Esto pone sobre el tapete, porque

la usuaria «no comprende» el diagnóstico del médico, y porque el trabajador de la salud tampoco alcanza a «comprender» el modelo de readecuación del sector salud. De ahí, la necesidad de romper con un discurso cerrado, reductivo y dogmático, que favorece la despersonalización del individuo y su desocialización.

El jardín del Edén que augura el modelo de reforma del sector salud, a partir de principios como eficiencia y calidad tendría que tener sumo cuidado, de no perderse en el papel, o en constituirse en una excelente construcción retórica. Esta crítica no tiene como objetivo cortarle la cabeza a la Hidra, que tan buenos frutos cosechó en el pasado, sino más bien, la finalidad es dar elementos para su fortalecimiento y el mantenimiento de los niveles de salud alcanzados hasta ahora en el país.

Sin embargo, es importante recordar e insistir que la misión de la institución salud en sus orígenes era promover en los funcionarios de salud el sentido del servicio público y del bien común, pues nuestro país no está exento de los efectos de los programas de ajuste estructural sobre el gasto social. Tenemos que estar atentos de no caer en la dinámica -como señala Breille- que, nuestros servicios de salud entren en el juego de la especulación financiera, se pierda la dimensión social del servicio privatizándolos, dejando por fuera a la mayoría más vulnerable, de los bienes y servicios básicos para sus subsistencia. No desearía, pues, que se interprete esta crítica a la institución salud, como una forma de afirmar que la institución salud en Costa Rica no funciona o no sirve, y por consiguiente, justificar cualquier forma solapada de privatización. Debo aclarar que esa no es mi intención.

Las instituciones se develan o desocultan en momentos de crisis y nuestro sistema de salud no está libre de ello. No podemos negar que el impacto de la crisis económica que azotó nuestro país en los años ochentas trajo graves deterioros al sistema de salud. Basta, un ejemplo, el surgimiento de enfermedades, que ya estaban controladas como el dengue y la malaria.

Insisto la institución salud en nuestro país, no es algo que pueda conocerse a vista de pájaro, por eso creo que no se deben emitir juicios apresurados acerca de la misma. Pero, como se ha querido demostrar a lo largo de este artículo, los que mejor nos pueden dar una imagen de la institución salud son aquellos imbuidos en la misma, *«no la de los expertos o las versiones oficializadas, sino la de los propios actores, los propios hacedores de la historia (...) ese desde abajo refiere tanto al abajo social (los no expertos, los que no escriben la historia sino que la viven)»*.⁹

La oportunidad que tuve de acercarme y conocer el sistema de salud y la seguridad social de nuestro país, fue posible gracias a que la misma institución, específicamente en el Departamento de Medicina Preventiva, Sección Salud de la Mujer, me invitó a participar en una de sus áreas de investigación: salud reproductiva, planificación familiar y salud sexual. Desde hace varios años ésta sección viene explorando y tratando de transformar la calidad de los servicios de salud, incorporando el enfoque o la teoría de género en sus investigaciones y en el trabajo de campo. Para este grupo tomar en cuenta la perspectiva de género, no sólo posibilitará el desmantelamiento de un pensamiento de corte biologicista radical, que concibe el cuerpo como algo fragmentado, sino que a lo mejor podrá generar rupturas acerca de estereotipos

sociales, como por ejemplo, el concebir a la mujer sólo como un útero reproductor. Bajo este marco se elaboró una investigación, de la cual fui partícipe, que intentaba descubrir cuáles eran las percepciones de las usuarias y prestatarios de la salud, acerca de la calidad de los servicios en relación con la salud reproductiva, salud sexual y planificación familiar, y cuál ha sido el impacto del modelo de readecuación en el sector salud.

Por último, para el presente análisis me interesa dejar constancia con los testimonios de los trabajadores de la seguridad social, lo conflictivo que ha sido el comprender y poner en práctica el modelo de readecuación. Estas apreciaciones son fundamentales, porque los conflictos no deben ser desaprovechados, de ellos podemos aprender.

Es importante aclarar, que Caja Costarricense del Seguro Social esta conformada por un sinnúmero de profesionales como: profesionales en servicios médicos: médicos, enfermeras, farmacéuticos, microbiólogos; técnicos auxiliares en servicios médicos: auxiliares de enfermería, auxiliares de laboratorio, técnicos en salud (ATAPS); y otros profesionales como abogados, administradores, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, comunicadores, relacionistas públicos, etc. Desde la mirada, de estos distintos miembros, la institución salud es percibida como aquella instancia que tuvo «muy buenos tiempos», pero que ahora se encuentra «en franca decadencia». En otras palabras, se habla de un «pasado mejor», de un «presente en decadencia» y de un «futuro incierto». La reforma del sector salud es vivida por estos actores de la siguiente forma:

«Para nosotros reforma del sector salud y atención integral es recargo de trabajo» (Enfermera)

«Aumento del número de pacientes en la consulta» (Médico)

«Se tuvo que hacer el modelo para enfrentar la crisis financiera» (Administrador).

«Pleitos» (Enfermera, médico)

«Un ir sin rumbo» (Técnico de atención primaria)

«Incertidumbre» (Técnico de atención primaria)

«Pérdida de poder» (Médico)

«Desorientación» (Director de Area)

«Una bajada de piso» (Médico)

«Falta de presupuesto para los medicamentos» (Farmacéutico)

«Impotencia porque no se puede dar cita a todas» (Administrador)

«Cansancio, normas rígidas y desilusión» (Enfermera auxiliar)

«Exceso de trabajo y por eso no damos abasto» (Administrador)

Para las usuarias:

«Secretarías pesadas que nos hacen esperar horas»

«(...) gente inhumana, sin asco»

«(...) el seguro no sirve, el médico siempre me receta lo mismo»

«El cambio es bueno porque se descongestiona la consulta y ahora nos visitan en la casa y pueden ver como vivimos»

En síntesis, la institución salud en concreto, en los grupos que la conforman, en la dificultad y el miedo de afrontar el futuro con un proyecto claro y preciso, que sea sometido, idealmente, por todos los actores de la institución, a la confrontación, a la transacción, al disenso o al pacto como método del diálogo, para explicar, aclarar o convencer acerca del mismo. En este esfuerzo por dialogar y reflexionar en forma colectiva tratando de disipar los malos entendidos y las falsas imaginaciones, debe servir para encontrar salidas a los graves problemas actuales en materia de salud y para encarar seriamente la confrontación original entre la medicina privada y la medicina social, que es lo que se encuentra en el fondo del asunto. Los testimonios de los actores anuncian el surgimiento de una honda crisis institucional, y a través de ella la profunda crisis de nuestra sociedad. Por eso, es necesario reconstruir los colectivos, favoreciendo la horizontalidad, restablecer la comunicación y divulgar la información para lograr acuerdos y para que los conflictos sean la base del cambio y del conocimiento.

NOTAS

1. LOURAU, René. **El análisis institucional**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, p. 91.
2. LOURAU, René. **El análisis institucional**. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1991, p. 120.
3. DELA CRUZ, Yalena. **Los forjadores de la seguridad social en Costa Rica**. San José: EDNASSS-CCSS, 1995, p. 36.
4. MIRANDA GUTIERREZ, Guido. **La seguridad social y el desarrollo de Costa Rica**. San José: EDNASSS-CCSS, 1994, p. 103.
5. MIRANDA GUTIERREZ, Guido. **La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica**. San José: EDNASSS-CCSS, 1988, pp. 117-118.
6. AYALA, Norma et al. **Proyecto reforma del sector salud**. Mayo, 1993.
7. GUZMAN, Ana et al. **Atención integral en salud**. San José: CCSS-Departamento de Medicina Preventiva. Mayo, 1997, p. 15.
8. Estas son entrevistas que se realizaron con personal de la Caja Costarricense del Seguro Social de 1996 a 1997.
9. CORVALAN, Alicia. **Pensando las instituciones**. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1996.