

Reducción de la pobreza en Costa Rica: el impacto de las políticas públicas

*Mitchell Seligson, Juliana Martínez
y Juan Diego Trejos*

**Un estudio del Proyecto
"Mitigación de la Pobreza y Desarrollo Social" del
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo**

pnud

Serie de documentos
No. 2

*Reducción de la pobreza en
Costa Rica: el impacto de las
políticas públicas*

Michell Seligson, Juliana Martínez y Juan Diego Trejos

*Proyecto “Mitigación de la Pobreza y Desarrollo
Social” del Programa de las Naciones Unidas para el
Desarrollo (PNUD)*

Suecia 277 y Los Shyris, 2do piso
Teléfonos: (5932) 455-701, 432-799 • Fax: (5932) 446-414
E-mail: pobreza@cordes.org.ec
Quito - Ecuador

D.R. © 1997, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
1 UN Plaza, New York, 10017, Estados Unidos de América
Representación: Foch 265 y 6 de Diciembre, Quito-Ecuador

ISBN: 9978-40-300-0
Derechos de autor: inscripción N° 011298

Nota aclaratoria:

Las interpretaciones o conclusiones expresadas en esta publicación
deben atribuirse al autor y no reflejan necesariamente la posición oficial
del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

Diseño de portada:

Martha Rueda

Diagramación:

crearimagen, Quito-Ecuador

Preprensa e impresión:

V & O Gráficas, Quito-Ecuador

Presentación

Este estudio se realizó en el marco del Proyecto “Mitigación de la Pobreza y Desarrollo Social en América Latina y el Caribe” del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y fue publicado como parte del libro “Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe” (PNUD, 1997) que contiene otras investigaciones producidas por el mismo proyecto. Una versión anterior fue difundida como Documento de trabajo # 2 (agosto, 1996).

Índice

I. Magnitud de la pobreza en Costa Rica: 1960-1994	3
II. Estrategias para reducir la pobreza	12
A. Políticas de salud	13
B. Políticas de educación básica	35
C. El financiamiento de políticas selectivas contra la pobreza	60
III. Explicaciones del éxito de Costa Rica en la reducción de la pobreza	71
Referencias	79
Cuadros	
3-1 Estimación de la distribución del ingreso de los hogares a nivel nacional, Costa Rica: 1961-1992	7
3-2 Evolución de los recursos movilizados por el sector salud, Costa Rica: 1950-1990	18
3-3 Tasas de analfabetismo por sexo y zona en Costa Rica (población de 10 años o más de edad): 1864-1984	37
3-4 Años promedio de educación de la población de 10 años y más, Costa Rica: 1950-1991	43
3-5 Tasas netas de asistencia o escolaridad por zona y sexo para algunos grupos de edad (% de la población de cada edad que asiste a algún centro educativo), Costa Rica: 1950-1991	44

3-6	Evolución de los recursos movilizados por el sector público en el área social (cifras relativas), Costa Rica: 1950-1990	60
3-7	Algunos indicadores sobre la evolución de los recursos del FODESAF, Costa Rica: 1975-1993	66
3-8	Destino de los recursos del FODESAF por tipo de programa, Costa Rica: 1975-1993	67
3-9	Estimación del porcentaje de recursos del FODESAF que llega a la población pobre (cifras relativas): Costa Rica, 1983 y 1992	70
Gráficas		
3-1	Evolución del producto per cápita en América Central: 1920-1994	4
3-2	Evolución de la pobreza y del producto per cápita, Costa Rica: 1950-1994	8
3-3	Evolución de la pobreza, el salario real y el desempleo, Costa Rica: 1980-1994	10
3-4	Esperanza de vida al nacer en Costa Rica, visión comparativa: 1870-1990	14
3-5	Evolución de la mortalidad infantil en Costa Rica, en comparación con la mortalidad observada y esperada según el grado de desarrollo económico y social: 1950-1990	15
3-6	Alfabetismo como porcentaje de la población de 10 años o más, Costa Rica: 1850-1990	36
3-7	Evolución del Producto Interno Bruto en América Central (precios de 1970): 1920-1991	39
3-8	Acceso a la educación, Costa Rica: 1910-1990	41
3-9	Mujeres de 20 a 34 años que han completado la primaria, Costa Rica: 1910-1990	57
3-10	Indicadores sobre recursos públicos asignados al sector educación, Costa Rica: 1910-1990	59
3-11	Evolución del gasto real del FODESAF, Costa Rica: 1975-1994	65
3-12	Orgullo del propio sistema político, América Central: 1991-1992	75
3-13	Relaciones causales entre gobierno local y nacional	78

CAPÍTULO TRES

Reducción de la pobreza en Costa Rica: el impacto de las políticas públicas

Mitchell A. Seligson, Juliana Martínez F.,
y Juan Diego Trejos S.*

HAY INTERPRETACIONES contrapuestas sobre los logros de Costa Rica en el campo social. Si se analiza la evolución de indicadores de pobreza y de bienestar en el largo plazo, la conclusión es que este país alcanzó éxito en la reducción de la pobreza. En cambio, un examen de la reciente evolución de la pobreza en términos de ingreso sugiere un desempeño sin mucho brillo. Drèze y Sen representan la primera interpretación cuando afirman que "...no hay duda de que Costa Rica es uno de los casos exitosos más sobresalientes de las últimas décadas". Este análisis está respaldado por datos que demuestran que entre 1960 y 1980 "la esperanza de vida se elevó en una década hasta alcanzar 73 años, cifra comparable a la de la mayoría de países europeos" y que en los setenta "la disminución de 70% en la mortalidad infantil durante sólo una década (de 63 a 19 muertes por cada mil nacimientos vivos) podría ser un récord de todos los tiempos, tanto más impresionante si se considera que se partió de un nivel de mortalidad relativamente ba-

* Mitchell A. Seligson es profesor de ciencias políticas de la Universidad de Pittsburgh; Juliana Martínez es candidata al doctorado en el Departamento de Sociología de la misma Universidad; y Juan Diego Trejos es profesor de economía de la Universidad de Costa Rica y asesor de la Segunda Vicepresidencia de la República de Costa Rica.

jo".¹ Aún en términos de pobreza según ingreso, esta visión favorable de lo ocurrido en Costa Rica es sostenida por varios autores para distintos períodos.²

Cifras recientes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) llevan a la segunda interpretación. Ellas señalan que la pobreza en Costa Rica creció entre 1980 y 1992.³ Esta información parece contradecir la evaluación de Sen, pero en realidad refleja tiempos e indicadores distintos.

El análisis que se presenta a continuación demuestra que una perspectiva de largo plazo, como la de Sen, es más adecuada para juzgar el grado de éxito que alcanzó Costa Rica en su lucha contra la pobreza. Aunque a continuación se presenta abundante información empírica que apoya esta perspectiva, conviene señalar que nuestra propia lectura de los datos de la CEPAL corrobora el análisis de Sen. Información publicada en 1995 por esta organización⁴ indica que el nivel de pobreza en Costa Rica a inicios de los noventa (25%) fue bastante menor que el promedio de América Latina en general (39%) e inferior a la de todos los países que cuentan con datos para esta década, excepto Chile (cuyo nivel es similar) y seguramente Argentina y Uruguay.⁵ De ahí que sólo una interpretación de corto plazo puede llevar a la conclusión de que Costa Rica no ha tenido éxito en la lucha contra la pobreza. Aún más, este capítulo sostiene que el caso de Costa Rica debería ser considerado por otros países como un modelo que conviene seguir, por cuanto ha alcanzado una reducción sustancial en los niveles de pobreza (medidos por la línea de la pobreza y, especialmente, por el grado de satisfacción de necesidades básicas), aún cuando su economía, al igual que la de otros países centroamericanos, todavía se basa en la exportación de productos agrícolas. En consecuencia, las lecciones del caso costarricense son relevantes para otros

1. Drèze y Sen (1991, pp. 240-244). La cita es una traducción no oficial del texto original en inglés.

2. Véase Piñera (1979), Fields (1980), Morley y Alvarez (1992) y Psacharopoulos *et al.* (1993).

3. Véase CEPAL (1994b, pp. 17-20).

4. Véase CEPAL (1995c, Anexo Estadístico, cuadro 10).

5. No es posible hacer una comparación exacta, ya que los últimos datos de la CEPAL para Argentina y Uruguay a nivel nacional corresponden a 1986.

países, especialmente para los de tamaño similar en América Central y el Caribe.

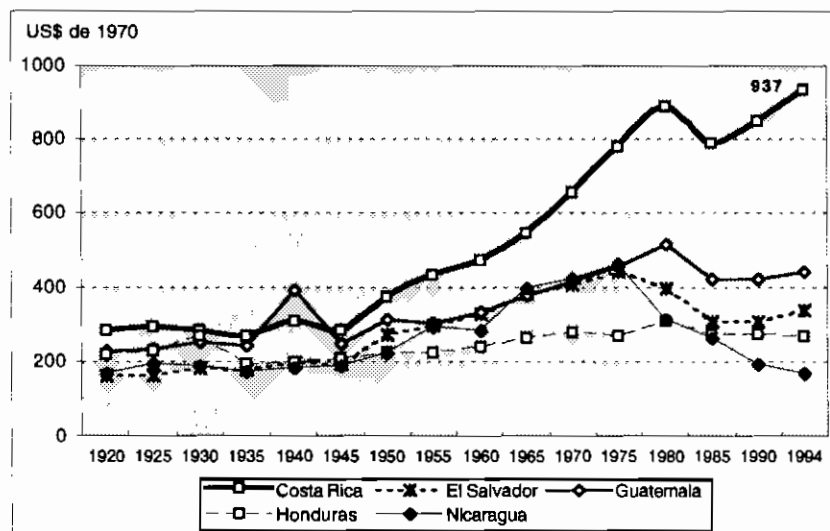
Este capítulo se presenta en tres partes: la primera considera la magnitud de la reducción de la pobreza, la segunda se refiere a las estrategias centrales utilizadas para disminuir la pobreza y la tercera examina los factores que contribuyeron al logro de este objetivo en Costa Rica. La primera parte se inicia con la revisión general de los datos sobre la pobreza y la magnitud de su reducción a lo largo del tiempo. La base de datos sobre pobreza en Costa Rica que se utiliza cubre el período 1961-1994 y es, hasta donde se conoce, la más completa que se haya recopilado. Luego, el análisis se centra en las principales estrategias desarrolladas para reducir la pobreza, específicamente en dos sectores que se consideran claves en el caso costarricense: salud y educación. Asimismo, incluye un examen de los sistemas de financiamiento de las políticas contra la pobreza desde los años setenta. El análisis se desplaza entonces de estos logros a una explicación tentativa de los factores sociales y políticos de largo plazo que permitieron a los costarricenses ejecutar políticas exitosas contra la pobreza.

I. Magnitud de la pobreza en Costa Rica: 1960-1994

Aunque muchos ven a Costa Rica como “la Suiza de América Central”, no hay duda de que este país ha sido y es relativamente pobre. De acuerdo al Banco Mundial, sus ingresos se catalogan como bajo-medios, con un PIB per cápita de US\$ 1.960 en 1992 que representa 8.8% del ingreso per cápita de los países industrializados.⁶ Las com-

6. Banco Mundial (1994, p. 163). En términos del PIB real, cuando el método PPA (paridad del poder adquisitivo) es usado, la brecha entre Costa Rica y los países industrializados no es tan grande como aquella obtenida de acuerdo al método del PIB basado en el tipo de cambio. De acuerdo al método PPA, el ingreso de Costa Rica en 1992 fue de US\$ 5.550, comparado con US\$ 23.120 correspondiente a los Estados Unidos, país con el PIB per cápita más alto. Debido a que las brechas de ingreso entre los pobres y ricos se reducen cuando se utiliza el método PPA, aquí seguiremos con el método del tipo de cambio que es universalmente utilizado.

Gráfica 3-1. *Evolución del producto per cápita en América Central: 1920-1994*



FUENTE: Bulmer-Thomas (1989) y CEPAL (1994-1995).

paraciones con las potencias industriales no arrojan mucha luz en este caso, de ahí que aquéllas que se hacen con países vecinos centroamericanos parecen más pertinentes. Gracias al excelente trabajo de Victor Bulmer-Thomas, es posible disponer de datos del PNB per cápita para los países centroamericanos y para un largo período histórico.⁷ Como indica la gráfica 3-1, en los años veinte Costa Rica era un país muy pobre, con un PNB per cápita (en dólares de 1970) de solamente US\$ 284, diferenciándose escasamente del resto de países en la región. Sin embargo, a partir de mediados de los cuarenta, y mucho más marcadamente en los inicios de los años cincuenta, Costa Rica comenzó a diferenciarse de sus vecinos y a experimentar un fuerte crecimiento de sus ingresos. Para 1994, el PNB per cápita de Costa Rica duplicó al de Guatemala, su competidor más cercano en América Central, y cuadruplicó al de Nicaragua, el país más pobre en la región en estos momentos. Adicionalmente, la gráfica 3-1 muestra con claridad que

7. Bulmer-Thomas (1989). Las series presentadas por este autor llegan hasta 1984. Estas se extendieron hasta los años noventa utilizando las estimaciones más recientes de la CEPAL.

aunque el PNB per cápita de Costa Rica declinó a comienzos de los años ochenta, como consecuencia de la crisis económica, éste comenzó a recuperar rápidamente el terreno perdido y para 1994 había superado el máximo alcanzado en 1980. En contraste, ningún otro país centroamericano ha logrado recuperarse totalmente y en el caso extremo de Nicaragua el PIB per cápita ha caído a US\$ 170, igualando al monto vigente en 1920. En términos de ingreso promedio, Costa Rica ha logrado niveles mucho más altos que el resto de América Central.

El crecimiento económico, sin embargo, no garantiza la reducción de la pobreza. Por el contrario, en muchos casos el crecimiento puede afectar negativamente a algunos sectores y grupos de la población. A nivel mundial existe amplia evidencia que revela la existencia del fenómeno de la “curva de la U-invertida” sugerido por Simon Kuznets. Este fenómeno consiste en el incremento de las desigualdades durante las etapas más tempranas del crecimiento económico de un país, debido a que todavía no se han producido sus consecuencias distributivas y redistributivas.⁸ Adelman y Morris (1973) encontraron que aquellos individuos ubicados en la base de la estructura social sufren un proceso de empobrecimiento en términos absolutos durante períodos de crecimiento económico vigoroso. Sin embargo, desde la publicación del influyente trabajo de Chenery (1974), se sabe que las desigualdades no son necesariamente una función del crecimiento en los países en desarrollo. En América Central, el rápido crecimiento económico asociado con la etapa inicial del Mercado Común Centroamericano no se tradujo en mejores condiciones de vida para la mayoría de la población. En definitiva podría decirse que la insurgencia y las guerras de los años ochenta fueron el producto de una creciente privación relativa.

En Costa Rica, a diferencia de otros países centroamericanos, el crecimiento económico y las inversiones en capital humano, especialmente en salud y educación, han permitido una reducción sistemática de la desigualdad y la pobreza. De acuerdo a un análisis de Taylor-Dormond, la intervención del Estado en Costa Rica ha disminuido “la brecha de pobreza global en más de dos tercios... [y] no sólo ha hecho posible combatir la pobreza en el país, sino que es un elemento funda-

8. Para una explicación de la teoría de Kuznets y de la evidencia empírica que apoya esta teoría, véase Seligson y Passé-Smith (1993).

mental para la estabilidad social y el ejercicio de la democracia en Costa Rica".⁹

El dato más antiguo sobre la distribución del ingreso en Costa Rica corresponde a 1961. Desafortunadamente, para ese año la información se refiere a las áreas metropolitanas sin considerar el sector rural. Las cifras aquí presentadas corresponden a una estimación realizada por la CEPAL (1987) para el conjunto del país, por lo que los datos deben tomarse con cautela. Estos indican que en 1961 la distribución del ingreso en Costa Rica fue bastante desigual: el 20% de la población con mayores ingresos obtuvo 60% del total. Esta cifra es similar a las de El Salvador (61%) y Brasil (62%). Una década después (para la cual ya existen datos a nivel nacional) esa misma población sólo obtuvo 51% del ingreso, mientras que en Nicaragua llegó a 60%. Para 1970 la desigualdad del ingreso en Costa Rica, que hasta 1961 había seguido un patrón similar al de los países del Tercer Mundo, se parece más a la distribución existente en países industriales como Estados Unidos, en los que el quintil más rico de la población obtuvo 44% del ingreso en 1960.¹⁰ Desde 1971, la proporción del ingreso que obtiene el quintil más rico en Costa Rica no ha cambiado mucho, disminuyendo ligeramente a 49% en 1992, último año para el cual existen cifras (el cuadro 3-1 resume los datos relativos a la distribución del ingreso en Costa Rica). La información más reciente del Banco Mundial (1994) para América Central muestra que Costa Rica se ha distanciado dramáticamente de sus vecinos centroamericanos. Las cifras del quintil superior son 63.5% para Honduras y 63% para Guatemala.¹¹

Los datos sobre la distribución del ingreso no se focalizan directamente en la pobreza. Teóricamente, es posible tener una distribución del ingreso altamente desigual y a la vez niveles bajos de pobreza. Los

9. Taylor-Dormond (1991, p. 133).

10. Los datos sobre la distribución del ingreso están bastante difundidos. Una base de datos comprensiva puede encontrarse en Muller (1994).

11. Un buen indicador de la distribución del ingreso, y para algunos la mejor, es la proporción del ingreso que obtiene el quintil superior. El coeficiente Gini representa la distribución del ingreso para el rango completo de datos y se utiliza generalmente para mostrar la igualdad/desigualdad global en la distribución. El coeficiente Gini para Costa Rica bajó de 0.50 en 1961 a 0.43 en 1992 (véase cuadro 3-1 para los años restantes). Algunos autores se centran en el análisis del 10% o del 20% inferior; pero este tipo de análisis no permite sacar conclusiones firmes, puesto que los individuos en el 20% inferior, aún en los países del Primer Mundo, ga-

Cuadro 3-1. *Estimación de la distribución del ingreso de los hogares a nivel nacional, Costa Rica: 1961-1992*

<i>Estrato/Medida</i>	<i>1961</i>	<i>1971</i>	<i>1983</i>	<i>1986</i>	<i>1988^a</i>	<i>1992^a</i>
Estrato						
10% más pobre	2.8	2.1	1.6	1.3	1.6	1.6
20% más pobre	6.2	5.4	4.7	4.3	4.8	4.9
20% siguiente	7.6	9.3	9.4	9.5	9.9	9.4
20% siguiente	9.5	13.7	14.0	14.4	14.8	14.5
20% siguiente	17.0	21.0	20.6	21.9	22.1	22.1
20% más rico	59.7	50.6	51.3	50.1	48.4	49.1
10% más rico	45.5	34.4	36.1	33.7	31.7	32.2
Coefficiente de Gini	0.50	0.43	0.45	0.44	0.42	0.43
Ingreso medio mensual						
Colones corriente	872	1 175	13 475	22 282	28 071	69 554
Colones de 1992	48 989	52 455	59 572	67 135	61 024	69 554

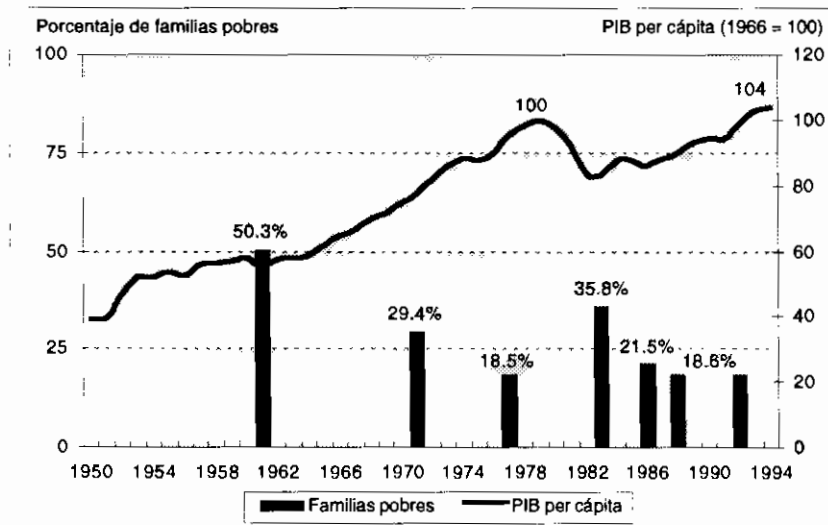
FUENTE: elaboración de Juan Diego Trejos (1995), en base a las siguientes encuestas: de ingreso y gastos familiares (Dirección General de Estadística y Censo-DGEC, 1961); distribución del ingreso y el consumo de algunos alimentos (Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas-ICE, Universidad de Costa Rica, 1971); de hogares sobre el gasto social (ICE, 1983); de hogares sobre características socioeconómicas de las familias (ICE, 1986); de ingresos y gastos de los hogares (DGEC, 1988); de hogares e inversión social (Ministerio de Planificación Nacional-MIDEPLAN, 1992).

a. No incluyen alquiler imputado.

datos disponibles para el período 1961-93 se presentan en la gráfica 3-2 junto con los datos del PIB per cápita. El punto central de comparación es la cifra para 1961, que indica que 50.3% de la población estaba debajo de la línea de pobreza. Lamentablemente, no existen datos adicionales para este período; sin embargo, la evidencia sugiere que la cifra existente es confiable. En 1983, con la recesión económica (gráfica 3-2), la pobreza aumentó sustancialmente, pero disminuyó otra vez cuando los niveles del PIB comenzaron a crecer. Es necesario señalan

solamente una pequeña proporción del ingreso y, en consecuencia, una diferencia de un punto porcentual, aunque dentro del margen de error estadístico, podría cambiar significativamente la proporción del ingreso obtenido por los grupos más pobres. Por ejemplo, las cifras más recientes del Banco Mundial para Estados Unidos indican que el 20% inferior ganó el 4.7% del ingreso, mientras que la cifra para Costa Rica es 4.9% (véase cuadro 3-1). Para América Central, las cifras del Banco Mundial son: 2.7% para Honduras y 2.1% para Guatemala. Si estas cifras son confiables, ellas arrojan evidencia adicional del éxito relativo de Costa Rica en la redistribución de su ingreso, aunque nunca al nivel obtenido por Japón, donde el 20% inferior ganó el 8.7% del ingreso. Véase Banco Mundial (1994, p. 221).

Gráfica 3-2. *Evolución de la pobreza y del producto per cápita, Costa Rica: 1950-1994*



FUENTE: IICE (1988) y Banco Central de Costa Rica.

lar que aún en la etapa más profunda de la crisis económica, a inicios de los ochenta, los niveles de pobreza nunca se aproximaron a los registrados en los primeros años de la década de los sesenta.

En este punto conviene considerar el impacto de la crisis económica y del programa de ajuste estructural implementado como consecuencia de ella. Algunos estudios han demostrado que los programas de ajuste estructural en países en desarrollo imponen una carga mayor sobre los pobres.¹² En marcado contraste, en Costa Rica la evidencia sugiere que los pobres no sufrieron desproporcionadamente.¹³ A comienzos de los ochenta, cuando la crisis alcanzó su punto más agudo, los costarricenses con el nivel educacional más bajo (es decir, sin educación o con educación primaria incompleta) vieron disminuir su ingreso en una proporción no mayor que la del resto de habitantes. Como ha señalado Zuvekas (1992), cuando comenzó la recuperación económica, los hogares con menor educación obtuvieron un repunte en el

12. Véase Cornia *et al.* (1987); UNICEF (1989).

13. PREALC (1990).

ingreso real per cápita más alto que aquellos con mayor educación.¹⁴ Para el período 1980-1990, Zuvekas recolectó no menos de ocho series temporales para medir la reducción de la pobreza, incluyendo las de la CEPAL, el Banco Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, FLACSO y el Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica. Sobre esta base, Zuvekas observa que sólo las cifras de la CEPAL muestran un incremento de la incidencia de la pobreza. Pero, según este autor, estas cifras son engañosas, puesto que se basan sólo en dos años que, adicionalmente, presentaban características particulares. El primero (1981) es anterior al año en el cual la economía llegó a su punto más crítico, mientras que el segundo (1988) es el año en el cual los datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos y del Ministerio de Planificación muestran un incremento temporal en la pobreza dentro del marco de una tendencia general declinante.¹⁵ Un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo, que examina siete series temporales sobre la pobreza en Costa Rica, demuestra que la pobreza se redujo durante el período de reestructuración y que la recuperación económica favoreció especialmente a los grupos más pobres.¹⁶

Información detallada sobre la evolución de la pobreza en Costa Rica en años más recientes se muestra en la gráfica 3-3.¹⁷ Estos datos, en combinación con los presentados en la gráfica 3-2, revelan una clara tendencia a la reducción de la pobreza, lo cual apoya la conclusión de Sen. Considérese las líneas de pobreza presentadas en la gráfica 3-3. En 1980, antes de la crisis económica, el porcentaje de familias bajo la línea de pobreza se sitúa entre 20 y 35%, dependiendo de la fuente que se utilice. Este nivel es aproximadamente la mitad del de 1961 (50.3%, gráfica 3-1). La pobreza creció sustancialmente en 1982-83 con la agudización de la crisis económica y

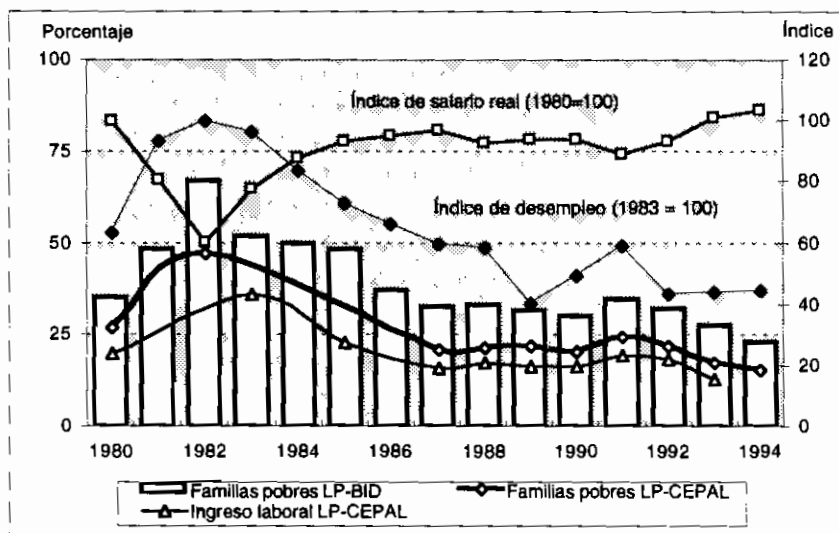
14. Zuvekas (1992, p. 8). Este autor basó su análisis en estudios de la Academia de Centroamérica. Véase Jiménez y Céspedes (1990).

15. Zuvekas (1992, p. 11).

16. Morley y Alvarez (1992).

17. La Encuesta Continua de Hogares permite tener una visión global de este período. No obstante, como ésta capta sólo una parte del ingreso (ingreso laboral en dinero y transferencias corrientes) tiende a sobredimensionar la magnitud relativa de la pobreza; sin embargo, sí permite destacar la tendencia (gráfica 3-2).

Gráfica 3-3. *Evolución de la pobreza, el salario real y el desempleo, Costa Rica: 1980-1994*



FUENTE: DGEC, Encuesta de Hogares.

disminuyó rápidamente en los años siguientes, de tal forma que en 1987 el porcentaje de pobres ya fue menor que en los años anteriores a la crisis. Los niveles de pobreza permanecieron más o menos estables durante el resto de los ochenta; aumentaron temporalmente en 1991 y continuaron descendiendo a partir de 1992. El nivel mínimo de familias pobres según la CEPAL se alcanzó en 1994 (15.8%). La segunda medida de la pobreza que aparece en la gráfica 3-3 (representada por la línea inferior) incluye solamente el ingreso por trabajo.¹⁸ La medición efectuada de ese modo determina que los índices de pobreza sean menores que en el caso anterior, aunque el patrón longitudinal es idéntico. En 1993 (último año de esta serie), la pobreza alcanzó su nivel mínimo (13.2%). La tercera medida (línea de pobreza calculada por el Banco Interamericano de Desarrollo-

18. La encuesta sufre una modificación metodológica a partir de 1987, lo que dificulta la comparación de cifras. En particular, a partir de 1987 se empiezan a medir rubros adicionales de ingreso, como transferencias e ingresos de capital. Una forma de aislar el efecto de estas agregaciones es remitirse al ingreso del trabajo o renta primaria.

BID)¹⁹ sigue el mismo patrón de las anteriores, aunque se sitúa a un nivel superior, como se puede apreciar en las barras de la gráfica 3-3. Las cifras de la línea de pobreza del BID también muestran que ésta alcanza su nivel mínimo para todo el período en 1994.

La gráfica 3-3 muestra una clara correlación entre la evolución de la pobreza y la del desempleo y salario real. Esta correlación refleja la dependencia de la magnitud relativa de la pobreza respecto al ciclo económico y las políticas adoptadas en cada coyuntura. La pobreza se expande hasta 1982, en el contexto de la crisis; al mismo tiempo se deteriora el salario real y crece el desempleo. El proceso de empobrecimiento se revierte durante el período de ajuste (1983-86); la reactivación económica permite recuperar el salario real y reducir el desempleo. La incidencia de la pobreza se estabiliza entre 1986 y 1990 en el marco de un proceso de promoción de exportaciones. Si bien los salarios dejaron de crecer en estos años, el desempleo siguió reduciéndose.

Los primeros años de los noventa muestran un repunte de la pobreza en 1991, en el marco de un proceso de estabilización más ortodoxo, el mismo que se revierte a partir de 1992.²⁰ Si bien este resultado no es inconsistente con los datos de la CEPAL (1994), es necesario tener en cuenta que éstos corresponden a puntos temporales que producen una tendencia que no se sostiene cuando se toma en cuenta un número mayor de observaciones.

Como se indicó, esta evolución se corrobora utilizando distintas líneas de pobreza (gráfica 3-3). También se mantiene cuando la comparación se circunscribe a un concepto de ingreso más limitado, como lo es la renta primaria, que es el concepto de ingreso que posibilita la mayor comparabilidad en la serie utilizada. Cabe señalar que la tendencia se mantiene aún si se incorporan ajustes en los ingresos para eliminar o disminuir su subestimación.²¹

19. La Dirección General de Estadística y Censos procesa la encuesta de hogares utilizando dos líneas de pobreza alternativas, las que han sido denominadas "del BID" y "de la CEPAL" debido al origen de su estimación inicial.

20. Trejos (1995).

21. No obstante, como las Cuentas Nacionales sufren de un mayor rezago, estos ajustes están disponibles hasta 1992, por lo que las estimaciones no se incluyen en la gráfica 3-3.

Finalmente, la línea de pobreza del Banco Mundial (no incluida en la gráfica 3-3) muestra que el porcentaje de población en situación de pobreza se redujo de 45 a 24% entre 1971 y 1986.²²

La combinación de cifras sobre crecimiento económico, distribución del ingreso y pobreza, indica que Costa Rica ha logrado reducir las desigualdades y aminorar la pobreza, al mismo tiempo que ha experimentado un crecimiento económico sustancial. En ninguna otra parte de América Central ha sido posible obtener crecimiento con un grado de equidad comparable y la tendencia general en el Tercer Mundo ha sido crecimiento con desigualdad y pobreza.²³

II. Estrategias para reducir la pobreza

Un crecimiento económico que genere empleos de calidad es una condición necesaria, pero no suficiente, para combatir exitosamente la pobreza. Para ello se requiere, además, una política social activa que ataque las causas de la pobreza y aumente las oportunidades de los pobres para participar y beneficiarse de ese crecimiento económico.

Costa Rica inició desde hace mucho tiempo importantes esfuerzos para generalizar el acceso a servicios sociales básicos, a pesar de sus limitaciones económicas. Estos esfuerzos incluyeron políticas selectivas que trataron de integrar a la población pobre en las redes de servicios públicos.

Los éxitos alcanzados por Costa Rica en términos de la reducción de la pobreza, medida por el nivel de ingreso, fueron descritos en la primera parte de este capítulo; no obstante, los resultados son más espectaculares si se consideran indicadores del mejoramiento de la calidad de vida de la población, al punto que, según un informe reciente del PNUD,²⁴ Costa Rica se ubica en el primer lugar en desarrollo humano entre los países de América Latina.

En esta sección se documentarán los logros alcanzados, se analizarán las políticas ejecutadas para generalizar del acceso a los servicios

22. Las series del Banco Mundial comenzaron a ser estimadas en 1986. Los datos son tomados de Morley y Alvarez (1992).

23. Chenery (1974).

24. PNUD (1995).

sociales básicos, y se extraerán lecciones de la experiencia costarricense que pueden ser válidas para países con menor desarrollo social.

A. Políticas de salud²⁵

Costa Rica tiene una esperanza de vida de 76 años y una mortalidad infantil de 13.7 por cada mil niños nacidos vivos. En cambio, el resto de América Central tiene una esperanza de vida de 66 años y una mortalidad infantil de 47 por mil niños nacidos vivos.²⁶ Mientras a comienzos del siglo los costarricenses podían aspirar a vivir 35 años y sólo el 15% de ellos llegaba a 70 años de edad, quienes nacen en la presente década pueden esperar vivir 76 años y sólo 15% no alcanzará 70 años. Si bien es cierto que la esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo, lo sorprendente es que en Costa Rica ésta ha alcanzado la de los países desarrollados, a pesar de que su ingreso per cápita es aproximadamente un octavo del que registran esos países.²⁷ Ocupa el séptimo lugar en materia de ingresos en América Latina y el Caribe, pero aún así supera a la mayoría de países más ricos en normas de salud y protección de la población en situación de pobreza.²⁸

El análisis que sigue mostrará que los logros excepcionales que se alcanzaron en materia de salud fueron, principalmente, el resultado de políticas públicas implementadas durante la década de los setenta.²⁹ Estos logros no requirieron de un redireccionamiento masivo de la inversión pública y social, sino de una prudente y oportuna aplicación de

25. La presente sección se basa en la bibliografía existente y en entrevistas realizadas al personal de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), del Ministerio de Salud y de las cooperativas médicas. Los autores agradecen a las autoridades y personal técnico de estos organismos por su colaboración.

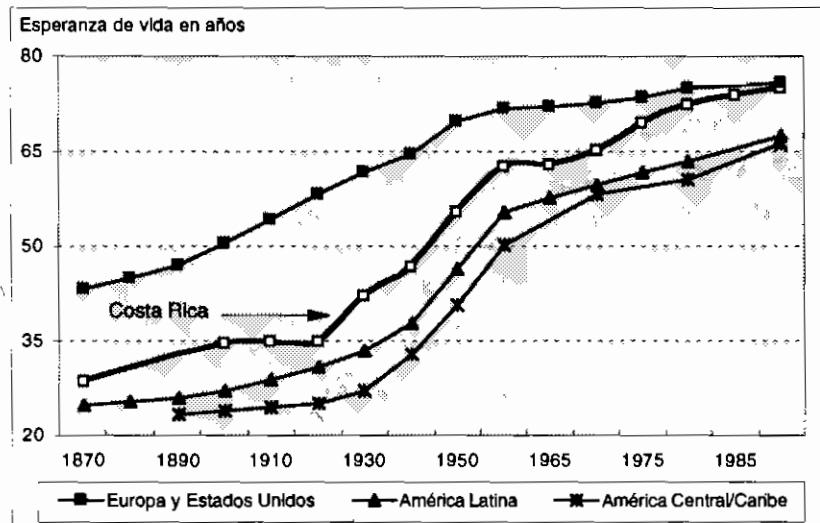
26. Los datos no incluyen Panamá, país que tiene una esperanza de vida de 73 años y una tasa de mortalidad infantil de 25/1.000. Los países centroamericanos presentan un rango de entre 65 años (Guatemala) y 67 años de esperanza de vida (Nicaragua) y de entre 43/1.000 niños nacidos vivos (Honduras) a 52.2/1.000 (Nicaragua). Véase CEPAL (1995, pp. 7-14).

27. Caldwell (1986, p. 172).

28. Mesa-Lago (1992, p. 108).

29. Si bien Costa Rica ha mostrado condiciones de salud superiores a las promedio de la región desde fines del siglo pasado, es a partir de los setenta cuando el mejoramiento en las condiciones de salud se aleja de los patrones regionales.

Gráfica 3-4. *Esperanza de vida al nacer en Costa Rica, visión comparativa: 1870-1990*



FUENTES: Arriaga (1974); Rosero-Bixby (1983; 1991).

América Latina: Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México y Panamá.

América Central: Guatemala, Nicaragua y República Dominicana.

políticas de salud relativamente convencionales. En este sentido, en comparación con Cuba, país que también logró condiciones de salud del primer mundo con una economía de país pobre, Costa Rica fue capaz de alcanzar estos resultados sin reorientar los recursos previamente destinados a otras áreas de política social.

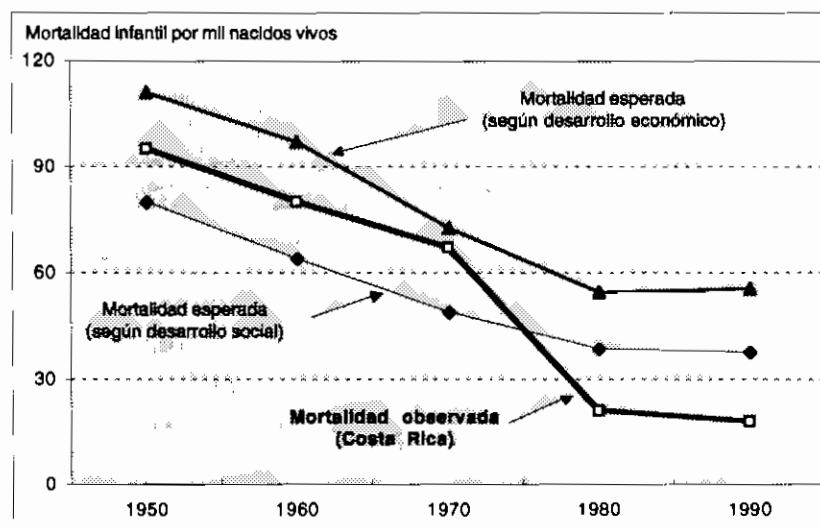
1. Logros

Entre 1870³⁰ y los años sesenta, la esperanza de vida de la población costarricense evolucionó en forma similar a la del resto de países centroamericanos y de América Latina en su conjunto. Sin embargo, tal como lo muestra la gráfica 3-4, durante la década de 1970 el país se apartó del patrón regional y se acercó al de países más desarrollados.³¹ En efecto, durante esta década la esperanza de vida aumentó de

30. Este es el primer año para el cual se tienen datos.

31. Rosero-Bixby (1983, p. 41).

Gráfica 3-5. Evolución de la mortalidad infantil en Costa Rica, en comparación con la mortalidad observada y esperada según el grado de desarrollo económico y social: 1950-1990



FUENTE: Rosero-Bixby (1983; 1993).
Mortalidad esperada: resultado de regresión múltiple.

65 a casi 73 años, debido principalmente a la caída de la mortalidad infantil de 67 a 21 por mil de los niños nacidos vivos; esta ganancia es aún más notable si se tiene en cuenta los ya altos niveles de esperanza de vida alcanzados y también los bajos niveles de mortalidad iniciales.³²

El mejoramiento de las condiciones de salud fue más acelerado durante períodos de expansión económica. Sin embargo, el vigoroso crecimiento económico del país durante las últimas cuatro décadas, aunque excepcional en América Latina y en el mundo,³³ no puede dar

32. Rosero-Bixby (1983, p. 34 y 41); Caldwell (1986, p. 181); Sáenz, (1989, p. 244). Mientras en países desarrollados tales como Francia, Inglaterra y Suecia el descenso de 63.3 a 18.4 niños por cada mil nacidos vivos se produjo en más de tres décadas, Costa Rica lo logró en menos de una. La reducción anual de la mortalidad infantil, que era de 2.3% entre 1955 y 1972, fue seis veces mayor entre 1972 y 1980. Véase Sáenz (1989, p. 3) y Rosero (1985, p. 15).

33. Véase Rama (1994). El PIB costarricense registró un crecimiento promedio del 5% anual, pero llegó a 6.5% anual entre 1961 y 1979. González-Vega y Céspedes (1991 p. 28).

cuenta de la mejoría de las condiciones de salud durante la década de los setenta. Entre 1972 y 1980, la caída de la mortalidad infantil fue tres veces mayor que la esperada en función del índice de crecimiento económico (gráfica 3-5).³⁴ Mientras la caída esperada era de 20 a 25% de niños nacidos vivos, la registrada fue de 69%.³⁵ El desarrollo económico explica sólo un 22% de la disminución de la mortalidad infantil durante la década; las políticas de salud dan cuenta del 78% restante. Por primera vez en la historia del país la mejora de las estadísticas vitales dejó de estar asociada exclusivamente al desarrollo económico y reflejó las políticas sociales del Estado.

2. Etapas de las políticas públicas

Con la creación del Ministerio de Salud en los años veinte se inició la participación estatal en este campo. Tuvo un nuevo impulso en los años cuarenta con la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y sufrió una radical transformación en los años setenta cuando se amplió la cobertura del seguro social, se especializaron las funciones de las instituciones y se asignaron recursos adicionales que se canalizaron a los grupos de menores recursos.³⁶ En esta década se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud (1971) y se promulgó la Ley de Universalización del Seguro Social (1971) y la Ley General de Salud (1973). Los hospitales del Ministerio de Salud y las Juntas de Protección Social fueron traspasados al Seguro Social (1973) y se creó el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), que comenzó a captar recursos para programas de asistencia social dirigidos a la población pobre.

Las políticas de salud se ejecutaron bajo los lemas "guerra contra la miseria" (1970-74) y "cierre de la brecha social" (1974-78). Como resultado de su aplicación, la cobertura del Seguro de Enfermedad y Ma-

34. El índice de desarrollo económico utilizado por Naciones Unidas y desarrollado por Mauldin & Berenson (1978), incluye variables tales como producto per cápita, consumo de energía per cápita, producto industrial, etcétera. Véase Rosero-Bixby y Mata (1988) para una detallada presentación de indicadores y valores registrados.

35. Rosero-Bixby (1991).

36. Véase Rosenberg (1983); Miranda (1994, 1988); Asfís Beirute y Piedra (1994, pp. 37-40).

ternidad de la CCSS pasó de 47% en 1970 a 60% en 1975 y a 76% en 1980. En 1992 ya se había incorporado al 85% de la población a los servicios de salud del sistema de seguridad social y desde entonces esta cifra se ha mantenido estable.³⁷

A comienzos de la década de los setenta la causa principal de muerte en Costa Rica eran las enfermedades infectocontagiosas.³⁸ En ese contexto, los programas de atención primaria combinaron la vacunación y control pre y post-natal con acciones de saneamiento ambiental y de mejoramiento nutricional.³⁹ Estos programas se expandieron muy rápidamente entre la población que no había tenido acceso a servicios de salud. Antes del fin de la década cubrían 60% de la población nacional, 98% de la población rural dispersa y 40% de la población urbano-marginal.⁴⁰

El análisis multivariable realizado por Rosero-Bixby demuestra que dos terceras partes de las mejoras de salud que se registraron en las estadísticas vitales de los costarricenses durante la década de los setenta se deben a la ejecución de las políticas de salud. Los programas de atención primaria explican el 41% del descenso en la mortalidad infantil, mientras que la atención secundaria (centros de salud, atención ambulatoria y hospitales regionales) explica el 32%.⁴¹

Las políticas de salud redujeron las desigualdades existentes entre zonas rurales y urbanas.⁴² A comienzos de la década de los setenta, la mortalidad infantil era de 71 por mil niños nacidos vivos en las zonas rurales y de 59 por mil en las urbanas; pero al cabo de pocos años, en 1983, sólo los pequeños poblados en los que la atención primaria aún no había logrado una cobertura significativa tenían tasas muy por en-

37. Asís Beirute y Piedra (1994, p. 46).

38. Trejos *et al.* (1994a, p. 80).

39. Según Rosero-Bixby (1983), las acciones de saneamiento tuvieron un menor peso relativo por cuanto el país ya había alcanzado una amplia cobertura. Para un análisis del bajo impacto relativo y del alto costo de acciones de nutrición comparadas con acciones de atención primaria, véase Rosero-Bixby y Mata (1988).

40. Rosero-Bixby (1983, p. 50).

41. Rosero-Bixby (1985, p. 28). Según este autor, el poder explicativo de estos factores se mantiene aún cuando se controlan las restantes variables incorporadas en el modelo, tales como el nivel socioeconómico inicial de las familias y el descenso de la fecundidad.

42. El cantón es una unidad político-administrativa intermedia que pertenecen a una de las siete provincias en las cuales está dividido el país.

Cuadro 3-2. *Evolución de los recursos movilizados por el sector salud, Costa Rica: 1950-1990*

<i>Gasto en salud</i>	<i>1950</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>
Per cápita (US\$ 1970)	7.7	14.2	36.7	65.3	56.5
% del PIB	6.5	4.9 ^a	6.1 ^b	8.7	8.4
% del gasto público social	76.2	55.7 ^a	37.0 ^b	36.9	37.2

FUENTE: Garnier *et al.* (1995).

a. Corresponde a 1958.

b. Corresponde a 1971.

cima del promedio nacional.⁴³ Por su parte, la mortalidad infantil en los cantones con menor desarrollo económico y cobertura de atención primaria mayor a 75% se redujo de 80 a 16 por cada mil niños nacidos vivos en tan sólo diez años.

En síntesis, aunque los logros de los años setenta fueron notorios, la crisis económica que sufrió el país entre 1980 y 1982 y las políticas de estabilización y ajuste económico ejecutadas en los años siguientes, redujeron el gasto social per cápita y cambiaron su composición en detrimento del sector salud (cuadro 3-2). Los programas destinados a la población de escasos recursos, tales como los de atención primaria, se vieron especialmente afectados ya que sus recursos se redujeron en 20%.⁴⁴ Como resultado de las restricciones presupuestarias, la frecuencia de las visitas domiciliarias disminuyó, las vacantes no se llenaron, la misma población debió ser cubierta con menos centros de salud y la proporción del gasto salarial aumentó en detrimento de los gastos operativos.

En general, la reducción de recursos afectó más la calidad de los servicios sociales que su cobertura;⁴⁵ en el caso de programas de atención primaria, sin embargo, la cobertura disminuyó gravemente de 54% en 1980 a 40% en 1983.⁴⁶ Aún así, a lo largo del período de la crisis, los programas de atención primaria lograron amortiguar su impacto sobre los grupos más vulnerables de la población, los cuales mantuvieron las condiciones de salud alcanzadas durante la década anterior.⁴⁷

43. Rosero-Bixby (1983, p. 55).

44. Trejos *et al.* (1994a, p. 10).

45. Sanguinety (1988); Banco Mundial (1990); Sojo (1994).

46. Memorias del Ministerio de Salud (varios años).

47. Ugalde (1992, p. 102); Güendel y Trejos (1994).

La crisis económica estimuló el ensayo de nuevos modelos de atención que permitieran disminuir costos y aumentar la eficiencia de los servicios de la CCSS.⁴⁸ Los programas de medicina de empresa, de medicina mixta y de cooperativas médicas, todos financiados por la CCSS como parte del Seguro de Maternidad y Enfermedad, contaron con la participación privada en la prestación de los servicios. Si bien los dos primeros han mostrado algunos resultados, tanto reducción de costos como en aumento de eficiencia, el modelo cooperativo es el único potencialmente relevante para la población de escasos recursos.⁴⁹

En la década de los noventa Costa Rica inició una reforma del sector salud que modificó aspectos importantes de los programas de atención primaria ofrecidos en los setenta y del modelo cooperativo iniciado en los ochenta. En el nivel de atención primaria se procuró adaptar los programas al nuevo perfil epidemiológico de la población costarricense.⁵⁰

Efectivamente, el aumento de enfermedades propias del “primer mundo” demanda operativos más complejos, diversidad de recursos humanos y transferencias de tecnología, todo lo cual tiende a aumentar los costos del sistema. Por esta razón, la actual reforma del sector salud prioriza programas de prevención en el nivel de atención primaria que puedan reducir la exposición de la población a factores de riesgo⁵¹ y cuyo paquete de servicios atienda tanto a las enfermedades típi-

48. Trejos *et al.* (1994a).

49. Sobre los resultados de los programas de medicina de empresa y mixta, véase Miranda (1994[1988]); Mesa-Lago (1992). El programa de medicina mixta sólo provee servicios curativos y exige un poder adquisitivo superior al que posee la población de escasos recursos. El programa de medicina de empresa sólo es aplicable a empresas grandes en las que predomina la población que está por encima de la línea de pobreza.

50. Costa Rica vive una transición epidemiológica caracterizada por la disminución de las enfermedades infecto-contagiosas con respecto a las cardiovasculares, degenerativas y causadas por accidentes. A pesar de la contracción de los recursos disponibles, las políticas de salud costarricenses no han fomentado una competencia entre patologías pre y post transición epidemiológica. Véase Sojo (1994, p. 20).

51. Véase Sojo (1994, p. 20); Miranda (1995, p. 29). Se espera que gracias a esta reforma el nivel de atención primaria tenga mayor capacidad para resolver los problemas de salud. Se prevé también una disminución de casos que llegan a clínicas y hospitales y, por esta vía, de los costos de atención. Incluso si aumenta el número de casos, sólo llegarían a los hospitales aquellos que no pueden ser atendidos en instancias menos costosas del sistema.

cas del “Tercer Mundo” (como el cólera y la malaria) como a aquellas típicas del “Primer Mundo” (como el cáncer de útero).

3. Programas

Uno de los objetivos de los programas de salud en Costa Rica ha sido ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud para la población de escasos recursos. Estos programas han procurado implementar técnicas sencillas y de bajo costo que los vuelve potencialmente aptos para formar parte de estrategias de salud destinadas a población en situación de pobreza bajo contextos de austeridad fiscal. A continuación se describen sus aspectos más importantes.

SALUD RURAL Y COMUNITARIA. Estos programas extendieron los servicios de atención primaria a poblaciones seleccionadas por sus carencias; además, facilitaron el acceso de comunidades pobres a servicios de clínicas y hospitales regionales y nacionales.⁵² Por tanto, no se trató de programas compensatorios, implementados para paliar los efectos transitorios de la crisis y el subsecuente ajuste económico. Por el contrario, el objetivo de los programas selectivos fue incorporar a la población de escasos recursos a redes de servicios públicos de salud, educación y vivienda, considerados como un derecho social de todos los ciudadanos.

a) *Características generales.* Cinco años antes de que la Organización Mundial de la Salud propusiera el concepto de la “atención primaria” como estrategia para lograr “salud para todos” para el año 2000, Costa Rica lanzó el Programa de Salud Rural,⁵³ que comenzó a implementarse en 1973 con el objetivo de ampliar la cobertura de la población sin acceso a la red de servicios de salud. Hasta entonces esta población sólo recibía la atención del Programa de Unidades Móviles Médicas, cuyo paquete de servicios era ocasional, limitado y liga-

52. Garnier *et al.* (1995); Garnier e Hidalgo (1991).

53. Estos conceptos fueron propuestos en la conferencia de Alma Mata (1978). Costa Rica participó en este evento con un documento en el que se señalaban metas e instrumentos de política muy parecidos a los que la Organización Mundial de la Salud propuso posteriormente al resto de países en desarrollo. Véase Ministerio de Salud (1976).

do a la atención de morbilidad; lo mismo ocurría con la atención brindada por grupos voluntarios y personal dedicado a la erradicación de la malaria.⁵⁴

El Programa de Salud Rural tuvo como antecedentes al Programa de Unidades Móviles, al Servicio Nacional de Erradicación de Malaria (SNEM) y al “Hospital Sin Paredes” de San Ramón, un cantón rural al oeste de la capital. El Programa de Unidades Móviles reflejó la voluntad política de extender la red de servicios a las áreas más remotas. El SNEM permitió la conformación de un grupo de expertos y técnicos con experiencia que luego colaboraron en el diseño y ejecución del Programa de Salud Rural;⁵⁵ además, sentó un precedente exitoso de colaboración institucional entre el Ministerio de Salud y organizaciones internacionales (UNICEF, USAID y OPS).⁵⁶ Finalmente, el programa “Hospital Sin Paredes” estableció un modelo de atención integral que enfatizó acciones de carácter preventivo, educativo y de saneamiento. El modelo organizativo se basó en puestos de salud descentralizados que ofrecían servicios de atención primaria. El Programa de Salud Rural adoptó y extendió este modelo organizativo al resto del país.

A partir de 1976, el Programa de Salud Comunitaria extendió este modelo de atención a las áreas urbano-marginales que soportaban una fuerte corriente migratoria de población rural.⁵⁷ Este programa, al igual que el de Salud Rural, realizó acciones de vacunación, desparasitación, educación sobre nutrición y salud, repartición de alimentos, letrización y alcantarillado, y promoción de la organización comunitaria para apoyo de los programas.

b) Grupo objetivo y mecanismo de selección. Ambos programas utilizaron criterios geográficos para seleccionar a sus beneficiarios. El

54. Vargas (1993).

55. Los técnicos eran empleados del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana para la Salud (OPS).

56. A partir del éxito del Servicio de Erradicación de Malaria, las cuatro entidades involucradas evaluaron el acuerdo e iniciaron un programa piloto de salud rural en áreas libres de malaria.

57. El Programa de Salud Comunitaria funcionó independientemente del Programa de Salud Rural por razones presupuestarias (era más sencillo solicitar un nuevo presupuesto para el primero que duplicar el del segundo). Sin embargo a fines de la década de 1970 estos dos programas se fusionaron en un sólo departamento de atención primaria.

Programa de Salud Rural seleccionó población rural y rural dispersa (localidades con menos de 2.000 y menos de 500 habitantes, respectivamente), mientras que el Programa de Salud Comunitaria se dirigió a población urbano-marginal, especialmente de origen rural.⁵⁸ La “población objetivo” de ambos programas representaba un 60% de la población total del país.⁵⁹ La meta era lograr una cobertura del 100% de esta población hacia finales de la década del setenta.

Para la selección de las zonas e instalación de puestos de salud se tomaron en cuenta factores tales como la disponibilidad de vías de acceso, dispersión de las viviendas, situación epidemiológica, presencia de otras agencias del gobierno y organización de la comunidad.

c) Organización institucional. El Programa de Salud Rural tuvo como unidad básica a las llamadas “áreas de salud”, en cada una de las cuales se estableció un “puesto” atendido por una auxiliar de enfermería y un técnico de salud. Cada área atendía entre 2.000 y 3.000 personas.⁶⁰ Las áreas formaban parte de sectores que, a su vez, conformaban las regiones de salud.

El radio de cobertura se determinó en función de la capacidad del personal para realizar visitas anuales a cada familia. El trabajo se basaba en un “itinerario-calendario”. La auxiliar de enfermería atendía el puesto y visitaba a las familias más cercanas, en tanto que el asistente de salud recorría el resto del área, volviendo al puesto a buscar vacunas y otros suministros.

El Programa de Salud Comunitaria también definió áreas de salud, asignó personal para realizar visitas domiciliarias y coordinó sus actividades con los centros que mantenía el Ministerio de Salud.⁶¹ Los auxiliares aplicaban métodos simples de prevención y tratamien-

58. De acuerdo al censo de 1973, la población rural dispersa estaba constituida por 3.684 grupos de menos de 500 habitantes y representaba 31% de la población del país. En cambio, la población rural concentrada estaba constituida por 494 grupos de menos de 2.000 habitantes y representaba 22% de la población total del país.

59. Tomic (1983).

60. El número de casas por cada funcionario fue adaptado del “Hospital Sin Paredes” de San Ramón. En 1973 existía en San Ramón un puesto cada 1.000 habitantes. Véase Serra y Ramírez Guier (1985).

61. Jaramillo *et al.* (1984, p. 193).

to y calificaban los pacientes que debían ser atendidos por el centro de salud.

En 1973 el Programa de Salud Rural tenía 70 puestos y su cobertura pasó de 19% en ese año a 34% en 1975 y a 60% en 1980.⁶² El Programa de Salud Comunitaria comenzó a operar en 18 áreas y su cobertura se incrementó de 10% en 1976 a 50% en 1978.⁶³

d) Costos y recursos financieros. Un acuerdo entre el gobierno de Costa Rica y varias agencias de cooperación internacional dio al Programa de Salud Rural viabilidad técnica y financiera.⁶⁴ Los programas de atención primaria fueron financiados por el presupuesto nacional y, a partir de 1975, por el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares—FODESAF (véase sección III.C). La participación de este organismo fue crucial para dar continuidad a los programas, en particular a los de alcantarillado, instalación de acueductos rurales y nutrición. Las comunidades participaron en la construcción de puestos de salud a través de sus asociaciones de desarrollo, especialmente donando terrenos y aportando mano de obra. Según los técnicos de los programas, el valor de la contribución comunitaria fue entre 2 y 5% de los gastos totales.⁶⁵ El gasto anual por beneficiario en 1973 fue de US\$ 5.38 (a valores constantes de 1978). En 1975 aumentó a US\$ 7.28 y en 1980 descendió a US\$ 6.62.⁶⁶

62. Vargas (1993, p. 26).

63. Memorias del Ministerio de Salud (varios años).

64. El Programa de Salud Rural fue el resultado de un convenio entre USAID, CARE, Ministerio de Salud y varios Programas de las Naciones Unidas (UNICEF, UNESCO, PNUD, OPS). USAID otorgó fondos para el adiestramiento de auxiliares de enfermería; AID y CARE aportaron recursos para la construcción de puestos de salud. UNICEF facilitó equipo clínico para los puestos de salud, refrigeradores, medios de locomoción y fondos de adiestramiento para “asistentes de salud rural” y “promotores de salud”. El PNUD financió asistencia técnica de la OPS, la cual consistió en el trabajo de un médico y un ingeniero, becas para visitas a programas similares en América Latina y fondos para proveer material educativo para el adiestramiento del personal auxiliar. Véase Ministerio de Salud (1976).

65. El registro de la participación comunitaria en los programas de atención primaria financiados por el FODESAF se ha comenzado a realizar recientemente.

66. Estas cifras incluyen el costo de dotar e instalar bombas de agua y letrinas, actividad que se intensificó a partir de 1976; véase Vargas (1993, p. 25). Tanto en el Programa de Salud Rural como en el de Salud Comunitaria han aumentado la proporción del gasto destinado a salarios debido a los recortes del presupuesto a fines de la década de los setenta.

e) *Recursos humanos.* La conducción de ambos programas estaba a cargo de un médico especialista en salud pública, un ingeniero sanitario, un jefe de operaciones de campo y una enfermera profesional. Los equipos que operaban en cada área del Programa de Salud Rural estaban constituidos por una enfermera auxiliar (con 11 meses de capacitación) y un asistente de salud rural (con 3 o 4 meses de capacitación). El Programa de Salud Comunitaria se inició con auxiliares de enfermería, pero éstas fueron gradualmente sustituidas por asistentes de salud.⁶⁷

f) *Control, monitoreo y evaluación.* El modelo asignaba a los centros de salud existentes las funciones de programación, entrega de suministros, supervisión y orientación operativa de la atención provista por los puestos, así como también la responsabilidad de visitas periódicas. De esta manera se trataba de aprovechar la capacidad sanitaria instalada.

No existe evidencia cuantitativa sobre el grado y forma de coordinación del nivel de atención primaria (puestos) con el nivel de atención secundaria (centros de salud, hospitales periféricos, clínicas); sin embargo, se conoce que la referencia de pacientes tuvo un papel importante dentro de las acciones de atención primaria. El grado de desconcentración fue escaso. Según los técnicos del programa, la verticalidad favorecía un aprovechamiento de la capacidad técnica, de ejecución y de coordinación por cuanto el tamaño del país permitía concentrar la ejecución y, al mismo tiempo, seguirla de cerca.⁶⁸

Aunque en teoría el "itinerario-calendario" constituía una herramienta de planificación, coordinación y control de actividades, en la práctica sirvió mucho más para el ordenamiento de los operativos que para el control y evaluación de las tareas realizadas.

g) *Logros y obstáculos.* El logro principal de los programas de atención primaria fue su bajo costo y alto impacto, tal como lo ha demostrado el trabajo de Rosero-Bixby (véase sección III.A.1). Si bien el modelo contemplaba la participación comunitaria, ésta fue insufi-

67. Véase Vargas (1993, p. 12); Jaramillo *et. al.* (1984, p. 194).

68. Véase Tomic (1983).

ciente tanto en el financiamiento de la infraestructura física como en el control de los servicios.

COOPESALUD. Durante la década de los años ochenta se iniciaron nuevas modalidades de atención con el objetivo de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios.⁶⁹ De estas experiencias, las cooperativas representan un modelo de gestión privada ajustado a los lineamientos del sistema nacional de salud y con financiamiento de la CCSS.

Se formaron tres cooperativas médicas para prestar servicios en el área metropolitana. Entre éstas, COOPESALUD fue la primera experiencia de contratación privada de servicios sociales por parte del Estado. Comenzó a operar en 1988 y actualmente atiende a unas 70.000 personas, en su mayoría habitantes de zonas urbano-marginales. El modelo de atención de la cooperativa incorpora los aspectos medulares de la atención primaria de los Programas de Salud Rural y Comunitaria, combinándolos con servicios a nivel secundario.

a) Características generales. COOPESALUD es una cooperativa autogestionaria⁷⁰ a la que la CCSS y el Ministerio de Salud contratan para que provea servicios públicos de salud dentro del distrito de Pavas. A partir de un convenio con la CCSS se establece una canasta de servicios, así como una tarifa por persona asegurada y por consulta médica; este sistema de fijación de tarifas constituye una solución novedosa que reconcilia el interés público y el privado, ya que mientras más sana esté la población menos se comprometen los recursos de la cooperativa.⁷¹

COOPESALUD provee servicios de medicina general, especialidades generales, atención de emergencias, servicios de apoyo, consulta telefónica, programas de prevención y promoción, servicios odontológi-

69. Zamora y Sáenz (1995).

70. Esta figura jurídica se refiere a "aquellas empresas organizadas para la producción de bienes y servicios en las cuales los trabajadores que las integran dirigen todas las actividades de las mismas y aportan directamente su fuerza de trabajo con el fin primordial de realizar actividades productivas y recibir, en proporción a su trabajo, beneficios de tipo económico y social". Véase Marín y Vargas (1991, p. 42).

71. Véase Marín y Vargas (1991, p. 36); ATD Consultores (1993); Fiedler y Rigoli (1991, p. 19) y Sojo (1994, p. 39).

cos, medicina de empresa y visita domiciliaria. La cooperativa administra una clínica semejante a las administradas por la CCSS, pero con servicios más amplios.⁷²

b) Grupo objetivo y mecanismo de selección. La población objetivo de COOPESALUD es similar a la previamente atendida por el Programa de Salud Comunitaria. Sin embargo, debido a las características de la población dentro del área de cobertura, la cooperativa atiende también a alrededor de 10% de personas con ingresos medios-altos. La población cubierta es difícil de estimar y altamente variable, debido a que incluye migrantes del campo y de otros países.⁷³

c) Organización institucional. La atención se realiza en tres niveles: la clínica, los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) y la visita domiciliaria. Los tres niveles, en conjunto, conforman los denominados Sistemas Locales de Salud (SILOS). La clínica ofrece atención en las principales especialidades (medicina interna, obstetricia, otorrinolaringología, ginecología y cirugía menor ambulatoria) y servicios de apoyo (farmacia, laboratorio y rayos x).

Los EBAIS son ocho y atienden de 3.000 a 3.500 personas en cada uno de los nueve sectores en los que está dividido el distrito de Pavas; están integrados por un médico general, un auxiliar de enfermería, uno o dos asistentes de atención primaria y una secretaria. La atención primaria se planifica descentralizadamente en cinco programas (atención a la madre, al niño, al adolescente, a los enfermos crónicos y a personas en la tercera edad).⁷⁴ Además, COOPESALUD desarrolla actividades especiales para atender grupos en situación de riesgo (por ejemplo, ferias de salud para prestar servicios a población en condiciones de indigencia).⁷⁵

72. Marín y Vargas (1991).

73. Un reciente estudio de la CCSS estima que el número de residentes fluctúa entre 53.204 y 63.456; véase Zamora y Sáenz (1995). COOPESALUD, por su parte, estima que son más de 70.000.

74. COOPESALUD (1993).

75. Las ferias tienen como antecedente actividades similares realizadas en el "Hospital sin Paredes" de San Ramón a comienzos de la década de 1970.

d) *Costos y recursos financieros.* La CCSS cedió a la cooperativa una clínica nueva, equipada en aproximadamente 80%.⁷⁶ La cooperativa compra a la CCSS y al Ministerio de Salud suministros médicos a precio de costo y se encarga del mantenimiento de la planta física, del equipo y mobiliario.

COOPESALUD se financia a través de una tarifa mensual por persona asegurada que paga la CCSS.⁷⁷ En 1994 la tarifa fue de US\$ 30 dólares.

Los estudios de la CCSS muestran que las cooperativas cuestan más que las clínicas que ésta misma administra. Al interpretar este resultado es necesario tener en cuenta que las cooperativas y clínicas administradas por la CCSS presentan diferencias en el modelo de atención y en el paquete de servicios; COOPESALUD ofrece tanto servicios preventivos y curativos como de especialización y cirugía que no son ofrecidos por la CCSS. Además, el nivel de utilización de los servicios es mayor en COOPESALUD que en las clínicas de CCSS; éstas últimas transfieren la demanda (y los costos) de servicios a niveles más altos de atención debido a su menor capacidad de resolución de problemas.

e) *Recursos humanos.* COOPESALUD emplea a 245 trabajadores que incluyen médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores de salud, trabajadores sociales, educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental, nutricionistas y personal administrativo. Los técnicos de atención primaria son quince, distribuidos en los EBAS y capacitados específicamente para ello. En general, la rotación del personal es muy baja debido a los adecuados incentivos salariales y al buen ambiente laboral;⁷⁸ pero es relativamente alta entre los técnicos de atención primaria, muchos de los cuales realizan esta tarea paralelamente a sus estudios de enfermería.

76. COOPESALUD pagó a cambio un alquiler simbólico por una sola vez. Véase Sojo (1994, p. 39).

77. La tarifa por persona asegurada se ajusta anualmente según la variación del índice de precios al por mayor en los sectores de servicios y productos químicos y farmacéuticos, y el incremento promedio de los salarios en la empresa privada. Véase Fiedler y Rigoli (1991, pp. 7-8).

78. Sojo (1994, p. 40).

f) *Participación comunitaria.* La comunidad inicialmente rechazó a la futura cooperativa, pero luego apoyó la aprobación del proyecto, incluso a través de manifestaciones públicas. Posteriormente la comunidad participó en el préstamo y la donación de terrenos y locales para la instalación de los EBAS, así como también en actividades de prevención y educación realizados por los consultorios comunales. El apoyo comunitario ha sido una expresión de los altos índices de satisfacción de los usuarios de la clínica.⁷⁹

g) *Control, monitoreo y evaluación.* La cooperativa cuenta con un Sistema de Información Gerencial que le permite planificar, controlar y monitorear sus acciones. Por un lado, el sistema permite anticipar la oferta de acuerdo a perfiles poblacionales tales como sexo y edad, reemplazando así la estimación de gastos por acto médico. Por otro lado, posibilita monitorear la actividad de cada profesional y técnico en función de cumplimiento de metas (por ejemplo, revisando el número de consultas por mes).

h) *Logros y problemas.* COOPESALUD ha alcanzado altos niveles de cobertura, satisfacción de los usuarios y calidad en los servicios, mediante una gestión innovadora que se benefició de la experiencia acumulada por el Estado costarricense en el suministro directo de servicios.⁸⁰ Este modelo disminuye las trabas típicas de la gestión pública para la entrega de servicios,⁸¹ al tiempo que asegura el cumplimiento de metas sociales.

Si bien no se ha estimado cuánto le costaría a la CCSS proveer directamente los mismos servicios, esta institución considera que la mayor deficiencia del modelo ha sido no haber contribuido a reducir los costos globales. La resolución de este problema requeriría tanto de una revisión de la fórmula de cálculo de tarifas y de la canasta de servicios, como de los requisitos que debe cumplir la población que accede a ellos.

79. Véase Zamora y Sáenz (1995); Güendell y Trejos (1994); Fiedler y Rigoli (1991); Marín y Vargas (1991).

80. Trejos (1991).

81. Tales como contratación de personal, salarios, motivación e incentivos, horarios, adquisiciones, remodelaciones, ampliaciones, etcétera. Véase Durán (1993).

El impacto en la salud de la población del distrito es difícil de medir. Para hacerlo con validez sería necesario contar con cifras desagregadas, puesto que las distintas áreas que lo conforman son heterogéneas e inestables desde el punto de vista demográfico; sin embargo, las tasas actuales de mortalidad infantil impiden trabajar con un nivel alto de desagregación.⁸²

EQUIPOS BÁSICOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD (EBAIS). Cuanto más sofisticados los servicios de la CCSS, mayor es su utilización por parte de la población asegurada y no asegurada. Actualmente, sólo 20% del total de gastos en salud se realizan privadamente. Por tanto, el costo que paga la CCSS por su ineficiencia actual en los niveles de atención primaria y secundaria sobrecarga el nivel de atención terciaria (hospitales) que es más costoso. Un resultado adicional es que la calidad de los servicios a este nivel decae ante los tiempos de espera cada vez mayores, descuido en las relaciones médico-paciente, mala calidad de los medicamentos, etcétera.⁸³ En este marco, la reforma del sector salud busca la modernización y revisión de las políticas de financiamiento con el fin de aumentar la eficiencia en la administración de los recursos.⁸⁴

a) *Características generales.* La reforma actual del sector salud en Costa Rica incluye la creación de Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS), los cuales combinan características del Programa de Salud Rural y del Programa de Salud Comunitaria con aquellas de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) del Distrito de Pavas.⁸⁵ Los primeros EBAIS comenzaron a operar en enero de 1995 en zonas diagnosticadas como de emergencia social por el Plan Nacional de Combate a la Pobreza de la administración Figueres (1994-1998), con

82. Para superar este problema se recomienda agregar la mortalidad infantil en trienios o más años. Sin embargo, esto no es posible en el caso de Pavas. Para este distrito sólo existen datos trienales agregados o datos desagregados para un sólo punto en el tiempo (el primer cuatrimestre del año 1995).

83. Marín y Vargas (1991).

84. CCSS (1994).

85. Véase Marín y Vargas (1991).

el objetivo de acercar los indicadores de salud de estas comunidades al promedio nacional.

Hacia mediados de 1995 existían 112 EBAIS. La meta es crear 918 en todo el país para fines de 1998, lo cual permitiría alcanzar una máxima cobertura y desconcentración del sistema. Asimismo, la provisión de servicios universales de bajo costo y alta efectividad debería aliviar la excesiva demanda en los niveles de atención secundaria (clínicas) y terciaria (hospitales).

b) Organización institucional. En cada área de salud funciona un EBAIS que, con uno o más equipos de apoyo, atiende entre 4.500 y 5.000 personas.⁸⁶ Cada EBAIS cuenta con un médico general, un auxiliar de enfermería y un asistente de atención primaria, tal como ocurría anteriormente en los Programas Salud Rural y Comunitaria. Tanto los EBAIS como los equipos de apoyo ofrecen servicios de atención primaria. La atención propia del segundo nivel utiliza la red de salud existente, conformada por centros de salud y clínicas.⁸⁷ En algunos casos los equipos de apoyo cuentan con un médico de familia que les permite disminuir el número de referencias al segundo nivel. La coordinación de los EBAIS y los equipos de apoyo con el resto de la red en cada área de salud se realiza a través de las direcciones regionales de la CCSS.

c) Costos y recursos financieros. El Banco Mundial asignó 80 millones de dólares para la creación de los EBAIS. El fortalecimiento de la infraestructura se financia mediante una contrapartida nacional y tiene como objetivo lograr una máxima desconcentración de los servicios que, al mismo tiempo, aproveche la infraestructura existente. Para ello, tanto los EBAIS como los equipos de apoyo serán instalados en locales sub-utilizados (tales como centros de salud, clínicas u hospitales) o abandonados (tales como ex-puestos de salud).

Además, se requiere reparar 500 establecimientos, de los cuales sólo 130 cuentan con financiación proveniente del Banco Interamerica-

86. En las zonas de población de ingresos medios y medios-altos, los EBAIS se crean para un número de hasta 10.000 asegurados.

87. El proyecto inicial incluía atención al segundo nivel en cada área, como en el caso de COOPESALUD. Sin embargo, esta propuesta fue rechazada durante las negociaciones con el Banco Mundial por considerarse que el costo era excesivo.

no de Desarrollo y del Banco Centroamericano de Integración Económica. Los restantes serán financiados con el aporte de la comunidad y del Fondo de Desarrollo Social de Asignaciones Familiares (FODESAF), a través del Ministerio de Obras Públicas y Transportes. En los casos en los se requieren nuevos terrenos, éstos deberán ser donados por la comunidad.

El costo no es una barrera para recibir atención ya que el Estado cubre los aportes de las personas que no están en condiciones de contribuir al sistema.

d) Recursos humanos. La creación de los EBAIS supone un esfuerzo importante de capacitación de recursos humanos, la cual está a cargo del Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social que depende de la CCSS. En particular, ha requerido la rápida capacitación de técnicos de atención primaria. El entrenamiento básico es similar al que recibieron los asistentes de los Programas de Salud Rural y Comunitaria. Sin embargo, una diferencia importante es que los técnicos del EBAIS están habilitados para portar un paquete básico de medicamentos, arreglo al que se llegó mediante un acuerdo con el Colegio de Farmacéuticos.

El límite en materia de contrataciones que demanda la actual política de austeridad fiscal requiere un proceso de reasignación geográfica del personal que es muy difícil de lograr, especialmente en el caso de los médicos. Como soluciones transitorias, se han asignado enfermeras obstétricas como coordinadoras permanentes de los EBAIS, apoyadas por médicos itinerantes que se ocupan de varias áreas de atención.

e) Control, monitoreo y evaluación. El proceso de reforma del sector salud es aún incipiente y los aspectos de control, monitoreo y evaluación recién están definiéndose. Actualmente se está desarrollando un sistema de asignación de recursos al primer nivel de atención que incluye el diseño de productos, pagos para su ejecución (per cápita u otros), mecanismos de adscripción de la población a cada EBAIS y sistemas de control y evaluación de resultados.⁸⁸

88. CCSS (1995, p. 7).

f) *Logros y problemas.* El personal de algunas zonas percibe la disminución de la demanda de servicios de la clínica o del hospital regional tanto en ingresos como en consultas a especialistas.

Una vez que la población accede al nivel primario de atención, o bien se resuelve la demanda, o bien se canaliza hacia los niveles superiores de atención. En la década 1970, tal estrategia cumplió un papel fundamental en la expansión de cobertura. Actualmente, esta misma estrategia podría mantener la cobertura (que ya es muy alta), aumentar la calidad de los servicios y mejorar la eficiencia del sector mediante un cambio en la estructura de la demanda de servicios del nivel secundario y terciario. Aún así, se trata de un modelo generador de demanda que requiere un compromiso político y una alta inversión pública en salud.

4. Lecciones de las políticas costarricenses de salud

Los programas de atención primaria mencionados han logrado vincular efectivamente acciones de nivel primario con acciones de nivel secundario. Sus logros se han sustentado en la inserción de sus operaciones dentro de una red sanitaria que atiende a quienes requieren servicios curativos de mayor nivel, especialmente cuando esta población depende del Estado para acceder a ellos.

El impacto de COOPESALUD y de los EBAIS en las condiciones de salud de la población es aún difícil de medir. Sin embargo, si consideramos los logros alcanzados por los programas que los precedieron (Salud Rural y Comunitaria) siguiendo un similar modelo de atención, podría esperarse que ambos mejoren las condiciones de salud de la población de escasos recursos.

No está claro cuál sería la efectividad de los programas sin la red sanitaria de nivel superior. De los tres programas presentados, COOPESALUD ofrece un modelo de atención adecuado a la población que carece o tiene un deficiente acceso a servicios de salud. El modelo EBAIS es aplicable como programa selectivo para la población de escasos recursos exclusivamente, no como programa destinado a proveer servicios de atención básica a toda la población.

Asimismo, la implementación de estos programas requiere de la capacitación de personal técnico (preferentemente de la zona) y de una adecuada distribución geográfica de profesionales (especialmente médicos).

El financiamiento de los programas presentados es relativamente independiente del modelo de atención. Los recursos podrían provenir del Estado o de organismos internacionales; también podría tener un origen mixto (contribuciones comunitarias, de organizaciones no gubernamentales, etcétera). Más aún, estos programas pueden promover la administración de servicios públicos por parte de terceros, lo cual constituye una de las medidas propuestas por los expertos para racionalizar los servicios de salud en América Latina y aumentar la participación privada en la ejecución del gasto social.⁸⁹

Los logros que ha alcanzado Costa Rica en materia de salud se han basado en la voluntad política de incorporar a personas de escasos recursos a los servicios sociales a los que tiene acceso el resto de la población. Ahora bien, ¿qué aspectos de la experiencia costarricense podrían ser de utilidad para el diseño de estrategias en aquellos países de la región con un menor grado de desarrollo social?

MODELO DE ATENCIÓN. En primer lugar, el énfasis en la atención primaria ha permitido al país igualar “desde abajo” el acceso a los servicios mediante su entrega a bajo costo. La atención primaria ha sido más efectiva porque ha estado complementada con el segundo nivel de atención y la red hospitalaria en general.

En segundo lugar, las técnicas sencillas y de bajo costo de la atención primaria son aplicables incluso en localidades donde coexisten viejas enfermedades con nuevas patologías. Sin embargo, el enfoque de atención primaria requiere que la población confíe en los técnicos de salud y colabore con ellos. Si esto no sucede, la comunidad puede resistirse a recibir atención y los servicios pueden volverse ineficientes.

En tercer lugar, para que la estrategia sea viable frecuentemente se requiere que los colegios profesionales estén dispuestos a compartir “nichos” de servicios que previamente ocuparon con exclusividad (como las acciones preventivas de la atención primaria).

Finalmente, cuanto más avanzada la transición epidemiológica, la atención primaria requiere de mayores grados de complejidad para lograr similares niveles de eficiencia. La opinión de los expertos en Costa Rica se encuentra actualmente dividida respecto a cuáles serán los

89. Véase Mesa-Lago (1994, p. 172).

efectos de la expansión de servicios de atención primaria en el país. Una hipótesis es que la mayor capacidad para solucionar problemas de salud en el primer nivel determina menor presión sobre la consulta externa en el segundo. Otra hipótesis es que el aumento de cobertura y detección de problemas de salud en el primer nivel genera mayor presión sobre la consulta externa en el segundo.

MODELO DE GESTIÓN. Los servicios diseñados para pequeñas unidades geográficas han atendido con efectividad las necesidades de la población de escasos recursos. El área de salud permite una combinación de principios de universalidad y selectividad mediante una clara delimitación geográfica de la población a la que se quiere beneficiar.

COOPESALUD representa una importante innovación en el suministro indirecto de servicios públicos. Si bien sus costos son relativamente altos, éstos reflejan la falta de experiencia de la CCSS en el financiamiento y la regulación de servicios. La lección que se puede extraer del caso COOPESALUD es que la delegación de prestación de servicios a organizaciones privadas debe ir acompañada de transformaciones en el aparato burocrático que regula, financia, da seguimiento y evalúa. De hecho, la existencia de las cooperativas indujo a la CCSS a desarrollar prácticas de seguimiento y control que no existían anteriormente.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. Los programas examinados permiten, en teoría, un alto grado de participación comunitaria mediante el cofinanciamiento de infraestructura y en el mantenimiento y control de los servicios. COOPESALUD logró incorporar a la comunidad organizada en mayor medida que los programas que la precedieron. Sin embargo, no se ha establecido la magnitud del aporte comunitario (donaciones, trabajo voluntario, etcétera). El creciente interés por incorporar a las comunidades en la prestación de servicios sociales debería complementarse con esfuerzos para documentar su participación tanto cuantitativa como cualitativamente.

En suma, los tres ejes del modelo costarricense de prestación de servicios de salud destinados a la población de escasos recursos son: (i) énfasis en la atención primaria; (ii) control y financiamiento de los servicios a cargo del Estado; y (iii) esfuerzos para incorporar a la sociedad civil organizada en las nuevas modalidades de gestión y control.

B. Políticas de educación básica

La educación es uno de los factores determinantes para la erradicación de la pobreza. Según el Banco Mundial, las inversiones con mayor impacto a largo plazo en el crecimiento económico y en la reducción de la pobreza son las que se realizan en el sector educativo. De acuerdo al Banco, si se educa a más gente por más largo tiempo, se logra tanto un aumento en la productividad como una distribución más equitativa del ingreso. El incremento del promedio de años en educación se traduce en un ascenso del PIB y las personas con más años de educación tienden a recibir mayores ingresos.⁹⁰

Distintos estudios en el ámbito local⁹¹ demuestran que la probabilidad de que un hogar sea pobre se reduce conforme aumenta la escolaridad del jefe del hogar. Investigaciones en el ámbito latinoamericano han encontrado una clara asociación entre la provisión de servicios de educación, el mejoramiento en la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza.⁹²

Costa Rica desarrolló políticas dirigidas a universalizar la educación básica y erradicar el analfabetismo desde el inicio de su vida independiente.⁹³ Los esfuerzos realizados se podrían dividir en las siguientes etapas: aumento de la cobertura para reducir el analfabetismo, ampliación de los años de escolaridad y mejoramiento de la calidad del servicio.

1. Logros

El proceso de universalización de la educación primaria adquiere fuerza y permanencia a partir de 1885, cuando se introducen un conjunto de reformas que permiten crear un sistema de educación nacional.⁹⁴

90. Banco Mundial (1995, p. 4).

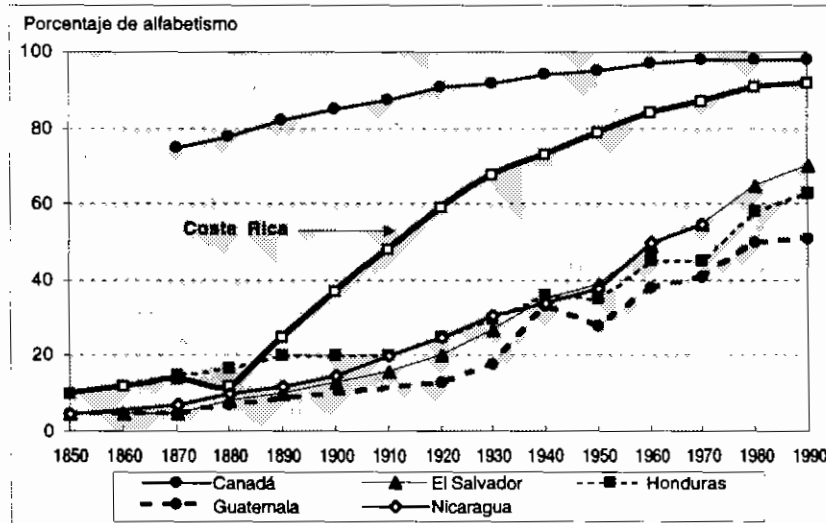
91. Sauma y Hoffmaister (1980); Rodríguez y Smith (1994) y Montiel (1995).

92. Psacharopoulos *et al.* (1993, p. 112).

93. Según Rama (1994, p. 33), Costa Rica "...es la única sociedad en América Latina que, siendo fundamentalmente agrícola y rural, generalizó la alfabetización y la educación primaria."

94. Rama (1994).

Gráfica 3-6. Alfabetismo como porcentaje de la población de 10 años o más, Costa Rica: 1850-1990



FUENTE: Vanhanen (1975); CEPAL (1995).

La gráfica 3-6 muestra claramente el impacto de estas reformas y de las políticas seguidas desde fines del siglo pasado, cuando Costa Rica todavía no se diferenciaba del resto de los países de la región. Entre 1880 y 1930 el país da un salto impresionante; su nivel de alfabetización en el último año era ya más cercano al que tenía Canadá que al que mostraban sus vecinos centroamericanos.

El progreso de Costa Rica continuó en años posteriores, mientras que los demás países del área mejoraron más lentamente y aún muestran rezagos importantes. La tasa de alfabetización en El Salvador en 1990, la más alta entre estos países, era similar a la registrada por Costa Rica 50 años antes (1930). Honduras tiene actualmente un grado de alfabetización similar al de Costa Rica a finales de la década de los veinte y Guatemala muestra niveles parecidos a los de Costa Rica alrededor de 1915.⁹⁵

95. Luego de 1970 no se dispone de datos confiables para Nicaragua; sin embargo es de esperar que presente una situación similar o quizás superior a la de El Salvador.

Cuadro 3-3. *Tasas de analfabetismo por sexo y zona en Costa Rica (población de 10 años o más): 1864-1984*

<i>Región y sexo</i>	<i>1864^a</i>	<i>1927^b</i>	<i>1950</i>	<i>1963</i>	<i>1973</i>	<i>1984</i>
Total País	89.1	32.8	21.2	14.3	10.2	6.9
Hombres	85.3	30.6	20.9	14.1	10.2	7.0
Mujeres	92.7	35.1	21.5	14.5	10.3	6.9
Zona Urbana	73.5	11.4	8.1	5.2	4.4	3.1
Hombres	63.9	n.d.	6.5	4.0	3.7	2.7
Mujeres	80.9	n.d.	9.4	6.2	5.1	3.5
Zona Rural	92.8	38.3	28.5	19.7	14.7	10.2
Hombres	89.7	n.d.	27.8	19.2	14.6	10.3
Mujeres	95.7	n.d.	29.2	20.1	14.8	10.0
Población rural (%)	81.2	81.2	66.5	65.0	62.0	57.0

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos; censos de población.

a. Se refiere a la población total.

b. Se refiere a la población de 9 o más años.

n.d.=Información no disponible.

El cuadro 3-3 muestra la notable disminución en las tasas de analfabetismo de la población mayor de 10 años durante los 120 años comprendidos entre 1864 y 1984. En la primera mitad de ese período (1864-1927), el analfabetismo se redujo en 74%, en tanto que en los 60 años posteriores la disminución fue de 79%.⁹⁶ Desde una perspectiva de género, si bien la reducción es ligeramente mayor entre los hombres, las diferencias no son significativas y se revierten posteriormente, de modo que ya para 1950 las tasas de analfabetismo no muestran diferencias por sexo.⁹⁷ Desde una perspectiva regional, los logros fueron mayores en las áreas urbanas, pero desde el inicio se produjeron también importantes mejoras en el ámbito rural. Para 1927 esta zona ya mostraba niveles de alfabetización superiores a los actuales promedios nacionales de casi todos los países centroamericanos. El analfabetismo en la zona rural es bajo (10%), pero triplica al registrado en las

96. Aunque las reformas se inician en 1885, se toma como punto de partida el año 1864, para el cual existen datos detallados por zona y sexo. De todos modos, tal como lo muestra la gráfica 3-6, no se presentan variaciones en ese lapso.

97. A comienzos de los noventa, el nivel de alfabetización en Guatemala fue 14% menor entre las mujeres; en El Salvador y Honduras fue inferior en 7 y 3% respectivamente. Véase PNUD (1994).

zonas urbanas, lo cual constituye un reto para las futuras políticas de combate a la pobreza.

La expansión de la educación básica actúa contra la pobreza en dos dimensiones. A nivel micro, permite que las personas logren una mejor inserción en el mercado de trabajo, sean más productivas y obtengan mayores ingresos; a nivel macro, posibilita un mayor crecimiento económico y por esta vía amplía oportunidades ocupacionales.

La información sobre producción está disponible a partir de 1920⁹⁸ y muestra un despegue significativo de Costa Rica desde mediados de este siglo (véase gráfica 3-7). En 1920 la economía costarricense ocupaba el penúltimo lugar en Centroamérica en cuanto a la magnitud del PIB y continuaba en esa posición 30 años después (1950) a pesar de crecer más rápidamente.⁹⁹ A partir de entonces se produce un despegue, de modo que para 1991 el PIB total fue tres veces superior al de Nicaragua, casi el doble del de Honduras, 20% mayor que el de El Salvador y 70% más elevado que el de Guatemala. Este progreso fue el resultado de un crecimiento acumulado que prácticamente duplicó al alcanzado por el resto de economías del área.

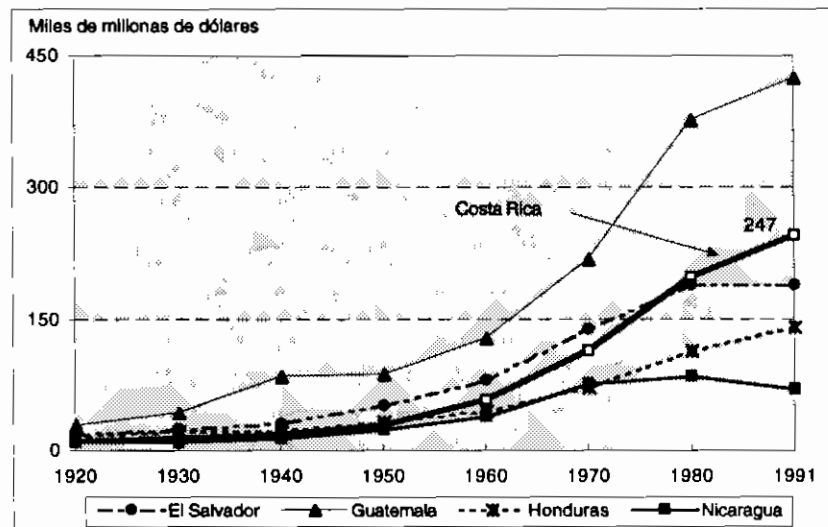
Esta información, expresada en términos per cápita aparece en la gráfica 3-1 (sección I). Ahí se observa que si bien el PIB per cápita de Costa Rica era superior al de los otros países centroamericanos, su magnitud no se diferenció significativamente hasta los años cuarenta. A partir de entonces la economía costarricense crece más rápida y sostenidamente. La misma gráfica muestra que Costa Rica es el único país que ha recuperado el terreno perdido durante la crisis de la deuda y que ha reiniciado el proceso de crecimiento. Así, mientras que en 1945 el PIB per cápita de Costa Rica no superaba en más del 48% al de otros países del área, para 1994 éste es el doble del de Guatemala, el triple del de El Salvador y Honduras y más de cinco veces el de Nicaragua.¹⁰⁰

98. Bulmer-Thomas (1989).

99. Véase Rama (1994, p. 11). La comparación con estos países es muy pertinente por su semejanza en tamaño, estructura económica, dependencia externa (particularmente de Estados Unidos de América) y por compartir una misma estrategia económica (industrialización sustitutiva de importaciones dentro del marco de un mercado común).

100. Estas diferencias son un tanto menores, pero aún significativas si se computa a dólares de 1980. Véase CEPAL (1995).

Gráfica 3-7. Evolución del Producto Interno Bruto en América Central (precios de 1970): 1920-1991



FUENTE: Bulmer-Thomas (1987), tomado por Rama (1994).

Estas cifras sugieren que la política educativa favoreció el crecimiento económico, aunque a este resultado sin duda contribuyeron también las grandes transformaciones económicas, sociales y políticas que se inician en 1948 con el arribo de José Figueres Ferrer a la Presidencia.¹⁰¹

Entre 1960 y finales de los setenta la incidencia de la pobreza se redujo de 50% de las familias a menos de 20%. Aunque durante la crisis de los ochenta se presenta un incremento coyuntural, la pobreza vuelve a disminuir a mediados de este decenio¹⁰² (véase gráfica 3-2, sección I). Al analizar lo sucedido durante la crisis hay que tener en cuenta que en ese entonces Costa Rica tenía cerca de una cuarta parte de la población en situación de pobreza, mientras que el promedio para el resto de países de la región triplicaba este porcentaje.¹⁰³ Por otro

101. Garnier e Hidalgo (1991).

102. Trejos (1995).

103. Menjivar y Trejos (1992). Estas diferencias son similares a las establecidas por la CEPAL (1994) y mucho más abultadas según Psacharopoulos *et al.* (1990).

lado, la pobreza aumentó entre 1980 y 1990 en todos los países del istmo, con la única excepción de Costa Rica.¹⁰⁴

2. Etapas de las políticas de educación básica

Una de las características de la expansión de la educación primaria en Costa Rica es que pasó por varias etapas, en las cuales se fijaron objetivos cada vez más ambiciosos.

LA ALFABETIZACIÓN: PRIMERA ETAPA DEL PROCESO. La ampliación de la educación básica buscó inicialmente aumentar la cobertura con el fin de alfabetizar la población y no necesariamente ofrecerle una educación primaria completa y de calidad. Estas últimas metas se establecieron para ámbitos geográficos más limitados, tales como la capital y otros centros urbanos.

Según la reforma de 1890 a la Ley de Educación Común, las escuelas se clasificaban así: las de “primer orden” brindaban enseñanza primaria completa y algunos estudios de contabilidad e idiomas; las de “segundo orden” ofrecían instrucción hasta quinto grado; y las de “tercer orden” impartían educación hasta el tercer grado y enfatizaban la enseñanza de lectura, escritura y operaciones matemáticas básicas. En 1899, sólo 6% de establecimientos eran de primer orden y se concentraban en la capital y sus alrededores, en tanto que 74% de escuelas eran del tercer orden. Para 1950, el número total de escuelas se triplicó; las de primer orden aumentaron casi diez veces, llegando a representar 17% del total. Esta expansión ocurrió a costa de las de segundo orden, ya que las del tercero seguían representando el 72% de los establecimientos.¹⁰⁵ En suma, durante este período mejoró ligeramente la calidad de la educación como resultado del aumento de escuelas completas o de primer orden; sin embargo, continuó el predominio de las de tercer orden que ponían su mayor énfasis en la alfabetización.

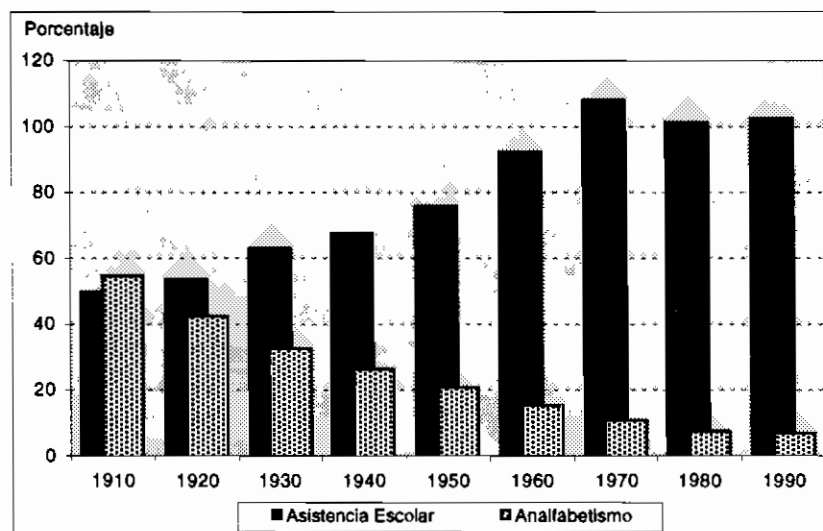
Aunque para algunos autores¹⁰⁶ esta estratificación de escuelas institucionalizaba las diferencias entre la escuela rural y la urbana, hay

104. CEPAL (1992).

105. Rodríguez (1994).

106. Véase por ejemplo Quesada (1990).

Gráfica 3-8. Acceso a la educación, Costa Rica: 1910-1990



FUENTES: Rosero (1984), (1985); censos de población.

que reconocer que este fue el mecanismo que permitió la alfabetización de la población rural (que representaba 80% del total). Como muestra la gráfica 3-8, la relación inversa entre la asistencia escolar y analfabetismo es bastante clara.

En 1960, el 72% de las escuelas seguían sin ofrecer todos los grados. A partir de ese año se inicia una política con énfasis en la escuela unitaria (un sólo maestro de primero a sexto grado), capacitación para maestros, producción de material didáctico y mejoramiento de la planta física y mobiliario de los establecimientos. Esta política redujo el porcentaje de escuelas incompletas a 14% antes del fin de la década de los sesenta.¹⁰⁷ Si bien actualmente ya no existen escuelas incompletas, las unidocentes representan cerca de 40% de los establecimientos y educan a 10% de los alumnos de primaria, principalmente a los que residen en zonas rurales dispersas. La sobrevivencia de la escuela unidocente indica la existencia de una brecha en la calidad de la educación que es necesario cerrar.

107. Ministerio de Educación Pública (1971, p. 63).

AUMENTO DE LOS AÑOS DE ESTUDIO: SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO. En la década de los sesenta, se encontraba alfabetizada 80% de la población. El Cuadro 3-4 presenta los años de educación promedio para diversos grupos etarios. El grupo con edades comprendidas entre 10 y 14 años había accedido en promedio a tres años de escuela a finales de los cuarenta, época en la que predominaban escuelas de tercer orden o incompletas. La situación mejora desde fines de los setenta hasta que en 1984 los años promedio alcanzan un máximo de 4.7.¹⁰⁸ El progreso ocurrió sin mayores diferencias entre sexos y regiones, a pesar de que el promedio en el ámbito rural se mantuvo ligeramente por debajo del urbano. En el decenio de los ochenta se revierte el proceso por el aumento de la deserción escolar vinculado a la crisis económica.

En el grupo etario siguiente, de 15 a 19 años, ambos sexos mostraban la primaria completa como escolaridad promedio a principios de los setenta y a finales de la década ya alcanzaban por lo menos un año de educación secundaria. La población urbana ya completaba la primaria a finales de los cincuenta, en tanto que los jóvenes del sector rural lograron este nivel a fines de los setenta gracias a la sustitución de las escuelas incompletas por las unidocentes.

Se observa también una tendencia al mejoramiento del nivel educativo entre la población de 25 años o más, aunque con el rezago esperado. Aquí cabe señalar el distanciamiento entre regiones, ya que mientras la escolaridad urbana a finales de los cincuenta era sólo un 6% superior a la rural, en los decenios siguientes las diferencias fueron superiores al 50% sin tendencia a decrecer. La situación revela el sesgo claramente urbano de la expansión de la educación secundaria,¹⁰⁹ el cual se expresa en las tasas netas de escolaridad registradas en el cuadro 3-5 para varios grupos de edad. La población en edad de asistir a primaria muestra una cobertura muy generalizada, aunque no completa, sin

108. Ténganse presente que el número promedio máximo de años que puede alcanzar este grupo etario es de 5.5 considerando la estructura de edad y suponiendo 100% de asistencia y que no se haya producido rezago ni repetición.

109. La educación secundaria permanece prácticamente inalterada durante la primera mitad del Siglo XX, con la existencia de sólo cinco colegios oficiales en la capital y ciudades cercanas. Durante el decenio de los cuarenta se fundan los primeros colegios fuera del Valle Central; la expansión de la secundaria empieza a partir de 1949, año en que la Constitución establece su gratuidad. Véase Rodríguez (1992 y 1994, p.153).

Cuadro 3-4. *Años promedio de educación de la población de 10 años o más, Costa Rica: 1950-1991*

<i>Grupos por edad, zona y sexo</i>	<i>1950</i>	<i>1963</i>	<i>1973</i>	<i>1984</i>	<i>1991</i>
De 10 a 14 años					
Total País	2.85	3.48	4.51	4.68	4.34
Hombres	2.78	3.49	4.43	4.59	4.24
Mujeres	2.92	3.47	4.58	4.78	4.44
Urbano	n.d.	3.94	4.93	5.05	4.34
Rural	n.d.	3.23	4.25	4.45	4.15
De 15 a 19 años					
Total País	4.06	5.02	6.45	7.26	7.14
Hombres	3.98	5.05	6.39	7.10	7.07
Mujeres	4.11	4.99	6.51	7.45	7.20
Urbano	n.d.	6.24	7.48	8.32	8.07
Rural	n.d.	4.25	5.62	6.64	6.39
De 25 y más años					
Total País	4.12	4.41	5.45	6.66	6.45
Hombres	4.19	4.71	5.52	6.78	6.52
Mujeres	4.05	4.59	5.39	6.55	6.38
Urbano	n.d.	4.54	6.83	7.94	7.89
Rural	n.d.	4.30	4.06	5.27	5.18

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos: censos de población.
n.d. = Información no disponible.

diferencias por sexo o región. Las diferencias empiezan a surgir por región y en menor medida por sexo a partir de las edades en que se asiste a secundaria. Así, por ejemplo, la asistencia al colegio se redujo durante la crisis de los ochenta, pero aumentó en los años posteriores.

POLÍTICAS SELECTIVAS PARA AUMENTAR EL IMPACTO DE LA EDUCACIÓN EN LOS POBRES. En la provisión de servicios básicos, como los de educación primaria, su oferta no garantiza el acceso de los grupos más pobres sino que su uso debe ser promocionado. En el campo educativo, el instrumento más utilizado para el efecto ha sido la alimentación complementaria en comedores escolares. Esta práctica ha sido un medio para atraer y retener estudiantes pobres y también para mejorar su desempeño.

La preocupación del Estado costarricense en materia alimentaria y nutricional de los escolares data de principios de siglo. En 1927 se dic-

Cuadro 3-5. *Tasas netas de asistencia o escolaridad por zona y sexo para algunos grupos de edad (% de la población de cada edad que asiste a algún centro educativo), Costa Rica : 1950-1991*

<i>Grupos por edad, zona y sexo</i>	<i>1950</i>	<i>1963</i>	<i>1973</i>	<i>1984</i>	<i>1991</i>
7 años					
Total País	49.81	79.38	86.20	92.23	92.24
Hombres	56.16	79.10	85.87	91.96	91.86
Mujeres	56.71	79.67	86.54	92.52	92.65
Urbano	76.14	88.50	91.46	96.09	94.62
Rural	41.07	75.42	83.52	89.54	90.70
9 años					
Total País	76.10	88.71	94.00	94.71	96.86
Hombres	75.79	88.80	93.65	94.36	96.74
Mujeres	76.41	88.61	94.35	95.07	96.99
Urbano	76.43	88.59	91.92	97.14	98.27
Rural	69.70	85.58	92.47	93.08	95.94
12 años					
Total País	62.40	78.04	85.80	80.99	90.99
Hombres	62.90	80.40	86.48	82.40	91.97
Mujeres	61.86	75.55	85.08	79.53	90.01
Urbano	83.72	91.27	93.95	92.36	95.98
Rural	53.79	71.69	80.96	73.93	86.58
15 años					
Total País	14.06	31.90	46.93	43.45	59.84
Hombres	14.36	34.33	47.49	42.83	63.96
Mujeres	13.80	29.61	46.38	44.06	55.42
Urbano	32.36	59.41	70.26	68.25	80.18
Rural	5.52	16.91	30.30	27.52	41.18
18 años					
Total País	5.19	17.74	29.88	29.06	36.02
Hombres	5.67	18.61	29.62	28.41	33.08
Mujeres	4.74	16.89	30.16	29.73	39.04
Urbano	12.60	36.91	47.99	47.56	54.08
Rural	1.38	6.48	15.59	15.35	22.74

FUENTE: Dirección General de Estadística y Censos.

tó un decreto que estableció la obligación del Ministerio de Salud de entregar un aporte económico al Ministerio de Educación para el sostenimiento de cantinas escolares, precursoras de los actuales Comedo-

res Escolares. A este aporte se añadieron los impuestos a la cerveza y al café en 1947 y 1950 respectivamente.

En 1951 el Gobierno y UNICEF iniciaron un programa que ofreció diariamente leche, mantequilla, carne y frutas a 105 mil niños de las escuelas públicas, sobre todo de áreas rurales. El programa también benefició a madres en estado de gravidez y lactancia.¹¹⁰ En 1961 se impulsó el Programa Cooperativo de Nutrición que consistió básicamente en la entrega de un producto de alto contenido nutricional a todos los comedores escolares.¹¹¹ El programa se consolidó a finales de 1974 con la creación del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), del cual provienen la mayor parte de recursos destinados a programas de alimentación complementaria. En 1975 el programa fue reestructurado; el Ministerio de Educación asumió la responsabilidad de ejecutar y administrar el programa; la Oficina de Control de Asignaciones Familiares se encargó del control y compra de alimentos; el Ministerio de Salud cubrió los sueldos del personal de servicio y en algunos períodos se responsabilizó del manejo de los alimentos; y el Ministerio de Obras Públicas y Transporte se encargó de la construcción y mantenimiento de los comedores. A partir de 1987, los tres ministerios mencionados asumen conjuntamente el Programa de Comedores Escolares bajo el nombre "Programa de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente" (PANEA). En 1989 el Ministerio de Educación se responsabilizó de su ejecución administrativa.¹¹²

El principal objetivo del programa de comedores escolares fue ofrecer dos comidas calientes (desayuno y almuerzo) a todos los escolares del país y, suplementariamente, educación nutricional. Explícitamente se planteó que el servicio tenga carácter universal, procurando no estigmatizar a los beneficiarios de bajos ingresos. Los recursos del programa se redujeron como consecuencia de la crisis económica de prin-

110. Picado (1987).

111. El programa utilizó fondos de la Alianza para el Progreso y en su ejecución participaron los Ministerios de Educación, Agricultura y Salud con la asistencia técnica de la FAO, UNICEF y OMS. Véase Ministerio de Educación Pública (1971, p. 195).

112. El Departamento de Asignaciones Familiares de este Ministerio fue transformado en la División de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente (DANEA), encargada de definir y velar por la aplicación de las políticas del PANEA.

rios; cinco años más tarde (1980) su número se elevó a 400 mil¹¹⁶ y a partir de entonces se ha mantenido relativamente estable.¹¹⁷

En 1994 se inició un programa selectivo para elevar la calidad de los establecimientos a los que asisten mayoritariamente niños pobres: escuelas urbano-marginales y unidocentes. El programa apoya a las primeras a través de la capacitación de maestros, fortalecimiento de la informática educativa, introducción de la enseñanza del inglés y dotación de infraestructura, equipos y mobiliario. Busca mejorar el proceso de aprendizaje a través de actividades desarrolladas por grupos interdisciplinarios (compuestos por un psicólogo, un orientador y un trabajador social) y del apoyo a estudiantes con problemas de aprendizaje. Asimismo procura incrementar la asistencia de los estudiantes por medio de incentivos tales como el mejoramiento de los comedores, entrega de útiles escolares y uniformes, otorgamiento de becas, facilidades de transporte y acceso directo a los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. El programa contribuye al fortalecimiento de las escuelas unidocentes a través de la incorporación de la computación y la televisión al proceso de enseñanza y la capacitación a los docentes para que utilicen adecuadamente estos instrumentos.¹¹⁸

MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN. En la medida en que se superaron los problemas de cobertura, el mejoramiento de la calidad de la educación se volvió prioritario. En los años ochenta surgieron políticas novedosas en este campo¹¹⁹ como respuesta al deterioro de la calidad de la educación básica,¹²⁰ debido principalmente a la disminu-

recientemente se ha retomado la labor. En 1979 las escuelas privadas representaban 2.2% del total, pero durante la crisis económica el porcentaje se redujo a 1.3%. Luego de la crisis el número de establecimientos privados creció significativamente: representaron 1.6% del total en 1985, 3.1% en 1990 y 4% en 1994. En términos de matrícula, el cambio es menos notable: los establecimientos privados cubrían a 3.5% de los alumnos en 1986 y a 4.9% en 1994. Véase Ministerio de Educación Pública (1994).

116. Picado (1987).

117. Trejos (1992b).

118. Véase Segunda Vicepresidencia (1994).

119. En Monge y Rivas (1984) se encuentra un detalle de este proceso de renovación educativa hasta los años en que se establece el primer y único Plan Nacional de Desarrollo Educativo existente hasta la fecha.

120. Las pruebas nacionales realizadas para medir la calidad de la educación en 1987 corroboraron el deterioro sufrido.

ción de los recursos con los que contaba el sector. Esto, a su vez, fue el producto de la crisis económica de inicios de los ochenta, la cual llevó a un proceso de desinversión en el sector educativo, empobrecimiento de los maestros y aumento de docentes sin calificación.¹²¹

En la segunda mitad de los ochenta, los efectos de la crisis económica estimularon acciones para mejorar la calidad de la educación. Para revertir la situación se realizaron inversiones en infraestructura educativa,¹²² se capacitó a los maestros, se introdujeron exámenes de graduación en el sexto grado y un novedoso programa de informática educativa¹²³ que se detalla a continuación.

EL PROGRAMA DE INFORMÁTICA EDUCATIVA (PIE). El Programa de Informática Educativa (PIE) surge en 1988 de una promesa de campaña que antecede a la Administración Arias y que se resume en la frase “una computadora en cada escuela”. El programa fue precedido por la creación de la Asesoría de Informática en el Ministerio de Educación Pública (1983) y la instalación de una docena de centros de cómputo experimentales en establecimientos secundarios.

a) Características generales. El programa fue diseñado cuidadosamente por una comisión de alto nivel técnico con los siguientes objetivos: (i) crear laboratorios en las escuelas primarias que utilicen la computadora como complemento educativo y no simplemente como una forma de transferir información; (ii) disminuir la brecha de calidad entre las escuelas; (iii) compensar parcialmente las limitaciones que el ambiente social y familiar impone a los niños de hogares pobres. Para la ejecución del programa se creó un ente privado sin fines de lucro, la Fundación Omar Dengo, que debía proporcionar al Ministerio de Educación los recursos económicos y tecnológicos necesarios.¹²⁴ La creación de la fundación constituye un hecho inusual, ya que fue un procedimiento utilizado por el gobierno para proteger al proyecto de la

121. Sanguinety (1988a); Banco Mundial (1991).

122. El mejoramiento de la infraestructura educativa fue financiado mediante préstamos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo. Véase Banco Mundial (1991).

123. Trejos *et al.* (1994a).

124. Badilla (1991).

burocracia estatal¹²⁵ y también de los políticos, aunque en este último aspecto se tuvo menos éxito en la práctica.

El programa fue concebido como un medio para mejorar la calidad de la educación primaria, estimular la creatividad y el pensamiento lógico entre estudiantes y docentes,¹²⁶ desarrollar nuevas actitudes frente a la ciencia y la tecnología y ampliar las futuras oportunidades ocupacionales de los educandos, especialmente de aquellos provenientes de hogares pobres.

Para ejecutar el programa se convocó a una licitación privada en la que los cotizantes debían montar pruebas piloto y aportar tanto el equipo como el software. Se seleccionó a la empresa IBM que ofreció el lenguaje Logo Escritor y asesoría técnica.¹²⁷ Los laboratorios que se conformaron cuentan con 20 computadoras en red con monitor a color y una impresora.¹²⁸ Los alumnos asisten dos horas por semana, trabajan en pares y son supervisados por un maestro previamente capacitado.

Los docentes encargados de los laboratorios fueron entrenados por tutores nacionales, previamente capacitados en el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT). La meta inicial fue instalar 210 laboratorios con una cobertura de 210.000 estudiantes; sin embargo, en 1989 el Ministerio de Educación y la Fundación Omar Dengo acordaron reducir el ritmo de implementación y concentrar esfuerzos y recursos en la tarea de mejorar la calidad del programa. La expansión se reanudó en 1992 y para 1993 se habían instalado 160 laboratorios (76% de lo programado) que atendían a 133 mil estudiantes (30% de la matrícula en escuelas públicas y 63% de lo programado). Como resultado, al menos una escuela por cantón obtuvo un laboratorio.

b) Grupo objetivo y mecanismo de selección. El programa se dirige a estudiantes de centros educativos públicos, a nivel preescolar y

125. Papert (1993).

126. Fonseca (1991).

127. Este lenguaje se basa en el enfoque cognoscitivo sobre el aprendizaje de Jean Piaget. IBM ofreció la asesoría del doctor Papert, creador del lenguaje, y de otros investigadores del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT).

128. Recientemente se han empezado a introducir computadoras con disco duro para trabajo individual.

primario, en zonas rurales y urbano-marginales. Para seleccionar a los beneficiarios se utiliza, además del criterio geográfico, los siguientes: situación socioeconómica, densidad de la población matriculada (dando prioridad a escuelas con cerca de 1.000 alumnos), radio de influencia del establecimiento educativo y la disposición de la comunidad para aportar la infraestructura física necesaria para la instalación del laboratorio.

No se dispone de información sobre la distribución de beneficiarios por estrato de ingreso; sin embargo, está claro que el programa tiene un gran potencial para llegar a los grupos más pobres si se considera el esfuerzo explícito por ubicar los laboratorios en zonas deprimidas y el hecho de que aproximadamente un tercio de los niños que asisten a escuelas públicas pertenecen al 20% de hogares con menores ingresos. Es posible que los requisitos de densidad estudiantil y aporte comunitario estén excluyendo a niños que viven en condiciones de pobreza extrema, particularmente a los que residen en zonas rurales dispersas y que, en general, asisten a escuelas unidocentes.¹²⁹

c) Financiamiento. El financiamiento del programa es diversificado. Inicialmente recibió una donación de ocho millones de dólares de USAID. Un 60% de estos fondos se destinaron a la compra de equipo y el resto sirvió para crear un fondo patrimonial, cuyo rendimiento cubre los gastos de operación de la Fundación Omar Dengo, entidad que ha actuado como catalizador de esfuerzos y recursos. Las juntas de educación, junto con las comunidades y docentes, aportan con la infraestructura para el laboratorio (básicamente el acondicionamiento de un aula). El Ministerio de Educación financia el sobresueldo de los encargados de los laboratorios y de los tutores regionales. Varias instituciones públicas han colaborado con aportes en especie y en dinero y organismos internacionales, como el PNUD y el BID, han aportado con consultores y donaciones. Un problema aún no resuelto es el relativo al mantenimiento y reposición de equipo.

d) Organización institucional. La Fundación Omar Dengo ha logrado concretar una serie de colaboraciones institucionales que no só-

¹²⁹ La meta de la actual administración (1994/98) es cubrir 50% de las escuelas multidocentes y 100% de las escuelas rurales unidocentes.

lo han permitido atraer recursos al programa sino que también han posibilitado integrar un equipo humano de alto nivel, responsable directo de la ejecución del programa. Las relaciones entre el Ministerio de Educación y la Fundación se han regulado mediante convenios y contratos aprobados por la Contraloría General de la República que han contribuido a su transparencia y han protegido al programa. A través de un convenio de cooperación se definieron las contribuciones de cada institución: el Ministerio de Educación aporta el personal docente requerido y la Fundación el equipo, el *software*, la capacitación y el mantenimiento. Un contrato de comodato regula el préstamo de las computadoras de propiedad de la Fundación, en tanto que un contrato de uso permite al Ministerio aportar las instalaciones en las que opera la Fundación.

El programa tiene tres áreas básicas (pedagogía, investigación y administración) y cuatro programas de apoyo (centro de recursos, red de teleproceso, programa de mantenimiento, y centro de evaluación y desarrollo de *software*). Se ha enfatizado la capacitación de los maestros encargados de los laboratorios porque el éxito del programa depende de ellos; con esta finalidad existe un programa de entrenamiento en servicio, otro de asesoría y seguimiento y una revista (INOVA).

e) Participación comunitaria. La comunidad debe proveer la infraestructura para la instalación del laboratorio. Así se garantiza su compromiso e identificación con el proyecto. Además, la comunidad tiende a proteger los laboratorios y equipos cuando los consideran un logro propio. Esto es aún más importante si se considera que los laboratorios están ubicados en barrios con mucha delincuencia.¹³⁰

El programa ha retribuido a la comunidad por el apoyo brindado a través del Programa de Informática para las Comunidades, que ofrece capacitación en cultura informática general, uso de paquetes, acceso a información y asesoría. Para ello se utilizan los laboratorios en horas no lectivas y se cobra por el servicio con el fin de autofinanciarlo. El Programa de Informática para las Comunidades funciona en 40 centros y ha capacitado a cerca de 3.000 personas.

130. Se estima que la comunidad ha aportado cerca del 12% de la inversión realizada en el proyecto. Véase Trejos *et al.* (1994a).

f) *Control, monitoreo y evaluación.* Se ha intentado evaluar el impacto del PIE en la calidad de la educación; pero los resultados de estos esfuerzos no han sido concluyentes debido a la complejidad y reciente iniciación del programa.

g) *Logros y problemas.* El programa ha sido novedoso en su planteamiento y ejecución y muy exitoso en cuanto al cumplimiento de las metas trazadas, en particular mientras contó con el apoyo político necesario. También ha tenido efectos alentadores en cuanto a su capacidad para motivar y comprometer al cuerpo docente. No se sabe, por falta de evaluaciones apropiadas, cuál ha sido el impacto en los procesos de aprendizaje, aunque sí se advierte un efecto motivador en los estudiantes. El éxito operativo se ha basado en lo que Fonseca (1991) denomina las decisiones estratégicas tomadas. Estas pueden resumirse así: abastecimiento por proveedores privados; aplicación de criterios de selectividad geográfica; enfoque comprensivo e innovador sobre la introducción de la informática en la escuela; participación de la comunidad; vinculación de la capacitación con el seguimiento y la asesoría; y búsqueda de impactos reales desde el principio, sin agotar esfuerzos en programas pilotos de escasa cobertura y difícil reproducción.

Las limitaciones se sitúan en el campo administrativo, en particular en las relaciones entre el Ministerio de Educación y la Fundación Omar Dengo. Es evidente que el vínculo entre las dos entidades seguirá siendo un elemento crucial para el buen desenvolvimiento del programa. Otra dificultad se refiere al diseño de un método de trabajo para llegar a los más pobres; los procedimientos utilizados hasta ahora no han sido los más adecuados para lograr este fin. Finalmente, hay que reconocer que el programa por sí solo no es suficiente para resolver el problema de la calidad de la educación general y que no se ha definido con precisión las acciones que deben complementar este esfuerzo.

3. Lecciones de la política costarricense de educación básica

Con la generalización de la educación primaria el país ha logrado conformar una fuerza de trabajo relativamente calificada que le ha permitido crecer más rápidamente, reducir la incidencia de la pobreza y mejorar las condiciones de vida más rápidamente que el resto de paí-

ses centroamericanos. A continuación se examina cómo se logró el buen desempeño en educación básica, enfatizando los aspectos que ofrecen lecciones útiles para otros países.

CENTRALIZACIÓN EN LA DIRECCIÓN DEL PROCESO. La constitución de 1869 establece por primera vez el Estado Docente al disponer que la educación primaria para ambos sexos sea obligatoria, gratuita y costeadada por la nación. En 1885 este precepto constitucional empieza a tener efecto al aprobarse un conjunto de leyes y reglamentos que permitieron trasladar los servicios escolares de los gobiernos locales al central.¹³¹ Las reformas, consideradas aisladamente, no tienen mucha significación; sin embargo, en conjunto, tienen el enorme mérito de haber creado un sistema de educación nacional.¹³² Entre las nuevas leyes, dos sentaron las bases estructurales de la enseñanza primaria.¹³³ La Ley Fundamental de Instrucción Pública (1885) definió los distintos niveles educativos y estableció la enseñanza laica, en tanto que la Ley General de Educación Común (1886) trasladó la dirección de la enseñanza al gobierno central.

A partir del momento en que el Gobierno Central asume la dirección, orientación, provisión y financiamiento de la educación primaria, ésta empieza a ampliar su cobertura y a mejorar paulatinamente su calidad. Esta experiencia sugiere que en estadios muy precarios de desarrollo de los servicios educativos, la búsqueda de su expansión a través de una estrategia de descentralización podría ser inconveniente o en cualquier caso innecesaria.¹³⁴

No obstante hay que reconocer que la centralización se puede tornar ineficiente o contraproducente a partir del momento en que la cobertura deja de ser el problema y la calidad se convierte en la preocupación básica. La ineficiencia suele ser el resultado de las deseconono-

131. Véase Monge y Rivas (1984, p. 34). Según estos autores, la escuela en manos de los gobiernos locales era "un cuerpo desvertebrado, incoherente y atomizado".

132. Rama (1994, p. 33).

133. Fischel (1990).

134. De hecho, países que han mostrado un avance significativo en procesos de descentralización, como Chile, los iniciaron cuando ya contaban con servicios sociales básicos ampliamente desarrollados y consolidados. Aún en estos casos los resultados no son necesariamente satisfactorios. Véase Raczynski (1991).

más de la concentración y el fortalecimiento de los gremios en sus relaciones con el ministerio, hecho que genera gran inflexibilidad para introducir cambios en el sistema.¹³⁵

La centralización no implicó la exclusión del sector privado en la prestación del servicio ni de la comunidad en el proceso educativo. En Costa Rica ha existido libertad de enseñanza desde la independencia; por tanto, cualquier persona o entidad puede organizarse para prestar el servicio. Sólo la Iglesia estuvo excluida de esta posibilidad durante los inicios de la reforma liberal. Las juntas de educación y los patronatos escolares permitieron la participación comunitaria, como se verá más adelante.

ÉNFAIS EN LOS SERVICIOS BÁSICOS. Cuando no es posible aumentar significativamente el gasto social, el mejoramiento de los servicios educacionales básicos puede ser la única manera de contribuir al progreso de la población pobre debido a su amplio impacto y bajo costo. El efecto de las inversiones en educación es particularmente grande en situaciones en las que la cobertura y calidad de los servicios básicos son deficientes.¹³⁶ Este fue el caso de Costa Rica cuando se iniciaron las reformas de 1885/89. Desde entonces el Estado puso mucho énfasis en la expansión de la educación primaria. Consecuente con esta política, limitó el crecimiento de la educación secundaria y clausuró la única universidad existente (1888) hasta que el país estuviera en condiciones sociales y económicas adecuadas para mantener un centro de enseñanza superior.¹³⁷ Hubo una suerte de reasignación de recursos hacia la educación primaria, estrategia que es recomendada cien años más tarde, como un mecanismo para aumentar la eficiencia interna del sector educativo.¹³⁸

Si bien es importante fortalecer la prestación de servicios básicos, existe el riesgo de que la política social se reduzca a esta tarea y des-

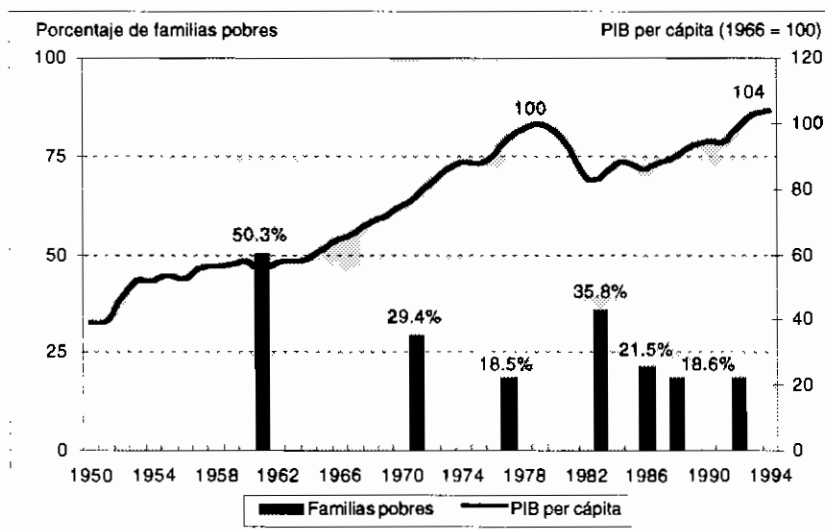
135. Sanguinety (1988a).

136. Garnier (1992).

137. El cierre obedeció al plan integral de reforma iniciado por el Ministro Fernández, el cual pretendía reorganizar la educación superior, proyecto que quedó sin cuajar. Véase Fischel (1990, p. 117). El país volvió a contar con un centro educativo superior en el año 1940 con la apertura de la Universidad de Costa Rica.

138. Grosh (1990); Banco Mundial (1990).

Gráfica 3-2. *Evolución de la pobreza y del producto per cápita, Costa Rica: 1950-1994*



FUENTE: IICE (1988) y Banco Central de Costa Rica.

lar que aún en la etapa más profunda de la crisis económica, a inicios de los ochenta, los niveles de pobreza nunca se aproximaron a los registrados en los primeros años de la década de los sesenta.

En este punto conviene considerar el impacto de la crisis económica y del programa de ajuste estructural implementado como consecuencia de ella. Algunos estudios han demostrado que los programas de ajuste estructural en países en desarrollo imponen una carga mayor sobre los pobres.¹² En marcado contraste, en Costa Rica la evidencia sugiere que los pobres no sufrieron desproporcionadamente.¹³ A comienzos de los ochenta, cuando la crisis alcanzó su punto más agudo, los costarricenses con el nivel educacional más bajo (es decir, sin educación o con educación primaria incompleta) vieron disminuir su ingreso en una proporción no mayor que la del resto de habitantes. Como ha señalado Zuvekas (1992), cuando comenzó la recuperación económica, los hogares con menor educación obtuvieron un repunte en el

12. Véase Cornia *et al.* (1987); UNICEF (1989).

13. PREALC (1990).

cipios de los ochenta, entre otros factores.¹¹³ Se estima que entre 1981 y 1984 el consumo medio de calorías por mes y por beneficiario se redujo 50%.¹¹⁴

La reducción de recursos obligó a introducir una cierta selectividad geográfica en el programa. Paralelamente, el objetivo de apoyo nutricional perdió importancia a expensas del objetivo educativo y se realizaron esfuerzos por lograr la participación activa de la comunidad en la administración y ejecución del programa.

La selectividad geográfica establece tres categorías de escuelas para el servicio de comedor de acuerdo al grado de pobreza de los beneficiarios. Los centros ubicados en localidades consideradas como "prioridad I" ofrecen un almuerzo, mientras que los demás solamente un refrigerio. En todos los casos el servicio se ofrece en cada uno de los días lectivos del año escolar. El acceso al servicio es libre, lo que incorpora un criterio de autoselección. Sin embargo, no se conoce la importancia de la autoselección ni la variación de su frecuencia según el nivel socioeconómico del estudiante.

En la actualidad las tres principales actividades del programa son el comedor, la huerta y la soda. En el comedor los estudiantes ponen en práctica lo aprendido en el aula sobre nutrición y preparación de alimentos. En la huerta escolar participa la comunidad y se ponen en práctica las enseñanzas sobre siembra, producción y cosecha de alimentos. La soda escolar promueve el consumo de alimentos frescos y nutritivos y ejemplifica métodos higiénicos de preparación.

Resulta difícil estimar el número de beneficiarios del programa; sin embargo, las cifras más recientes (1991) indican la existencia de 452.000 beneficiarios provenientes de 3.236 centros educativos. Cerca de 95% de estos centros son escuelas primarias donde estudian aproximadamente 90% de los beneficiarios. El comedor escolar existe en más de 90% de instituciones públicas de educación primaria y secundaria del país.¹¹⁵ El programa se inició en 1975 con 118 mil beneficia-

113. Los más importantes fueron: cambios en las prioridades de asignación de recursos del FODESAF; aumentos en la cobertura por inclusión de nuevas escuelas y colegios secundarios; y el aumento de costos fijos (por ejemplo los sueldos del personal de servicio).

114. Banco Mundial (1990a, p. 58).

115. Una limitación del programa es que carece de estadísticas sobre comedores existentes y beneficiarios. Su recolección se suspendió desde principios de los ochenta y sólo

cuide aspectos que son críticos para la inserción exitosa de un país en la economía mundial, como el desarrollo científico y tecnológico. Aunque hace cien años pudo tener mucho sentido poner énfasis sólo en la educación básica, en la actualidad no se puede descuidar la educación técnica, profesional y científica. Esta recomendación tiene especial validez para países que han alcanzado un nivel de prestación de servicios básicos bastante generalizado.¹³⁹

FORMACIÓN DE MAESTROS. La generalización de la educación primaria requirió personal calificado; sin embargo, en los inicios del proceso, cuando las tasas de analfabetismo estaban por encima del 80%, la expansión de la cobertura frecuentemente obligó a utilizar personal sin la preparación adecuada. Aunque la reforma de 1886 previó la creación de una escuela Normal Superior, ésta no se materializó sino hasta 1914. Consecuentemente, el personal utilizado antes de este año fue poco idóneo; la preparación del personal docente estuvo a cargo de los liceos que ofrecían el grado de maestro normal como una de las posibles especialidades.¹⁴⁰ Entre 1885 y 1911, aproximadamente 75% de maestros no tenían título.¹⁴¹

Con la creación de la Escuela Normal Superior (1914) el problema se empieza a solucionar. En 1921 el porcentaje de maestros sin título ya se había reducido a 28%. Asimismo, la capacitación se acelera con la creación de escuelas normales rurales en Liberia (1949) y posteriormente en San Ramón y Pérez Zeledón. A partir de 1940 todas las escuelas normales se integran al sistema universitario.

El porcentaje de maestros sin título se redujo de 20% durante los años cuarenta y cincuenta a 5% en 1970.¹⁴² El progreso se detuvo en los años siguientes: el porcentaje de maestros no calificados ascendió

139. Según el Banco Mundial (1990b, p. 98), "Recomendar esta orientación no significa negar la importancia de los servicios de nivel superior. Todo país que desee competir en la economía mundial necesita una política educacional amplia en la que tenga cabida la inversión en educación superior, ciencia y tecnología..."

140. El Liceo Costa Rica y el Superior de Niñas, ambos en la capital, contaban con este tipo de sección. Ambos continuaron abiertos hasta 1923.

141. Fischel (1990); Matarrita (1986).

142. Rodríguez (1994, p. 161); Ministerio de Educación Pública (1991).

a 13% en 1981 y a 23% en 1989,¹⁴³ lo que corrobora el deterioro en la calidad de la educación en el decenio de los ochenta.

Para estimular la vocación docente se establecieron incentivos salariales para profesores en zonas rurales, se creó un ventajoso sistema de pensiones para el magisterio y se ofreció mayor estabilidad laboral a los maestros mediante su integración al servicio civil (1957).

La mujer se benefició con el mejoramiento del sistema educativo. Como muestra la gráfica 3-9, el porcentaje de mujeres entre 20 y 34 años que completó la primaria aumentó notablemente, especialmente a partir de 1960. El mejoramiento del nivel educativo de la mujer permitió su incorporación a la actividad de la enseñanza.¹⁴⁴ Así, mientras que en 1885 el personal docente femenino representó 48% del total de maestros, el porcentaje subió a 80% en 1930 y desde entonces se mantuvo estable.¹⁴⁵

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA. La reforma educativa de 1885 estableció la participación de la comunidad a través de Juntas de Educación creadas en cada distrito escolar. A estas entidades (compuestas por tres miembros propietarios y dos suplentes, nombrados por la municipalidad cantonal) les corresponde administrar recursos suministrados por cada distrito escolar para la adquisición de terrenos, construcción, reparación o ampliación de escuelas, y para la compra de material didáctico y mobiliario escolar. Estos recursos provienen de contribuciones de los vecinos establecidas compulsivamente por el Estado y que previamente recibían los municipios (tasas, impuestos, multas y suscripciones). Más adelante se establecieron algunos gravámenes generales para el financiamiento del sistema escolar, como el impuesto sobre los licores y parte del impuesto territorial.

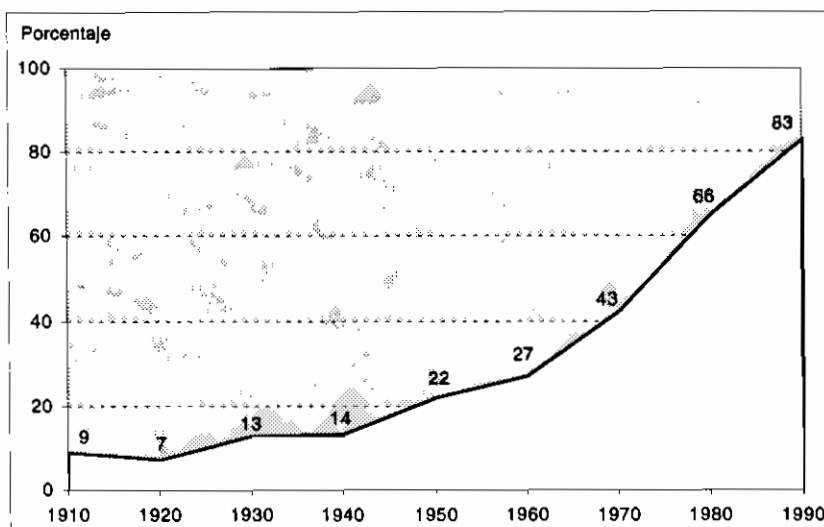
Las Juntas de Educación también tienen funciones de dirección e inspección, tales como cuidar el régimen disciplinario de las escuelas,

143. Banco Mundial (1991).

144. Cabe señalar que entre 1849 y 1856 funcionó una escuela normal de niños y a partir de 1888 se crea el Colegio Superior de Señoritas, institución secundaria que dispone de una sección de formación normal. Este colegio fue uno de los cinco que existieron desde el decenio de los ochenta del SXIX hasta mediados del SXX. Véase Rodríguez (1992).

145. Rodríguez (1994) sostiene que existe una correlación entre los bajos salarios de los maestros y el predominio de la mujer en la docencia primaria.

Gráfica 3-9. *Mujeres de 20 a 34 años que han completado la primaria, Costa Rica: 1910-1990*



FUENTE: Rosero (1984 y 1985a); Encuesta de Hogares.

hacer cumplir las leyes de compulsión escolar y velar por el buen desempeño de los docentes. Todas estas funciones se encuentran sujetas a disposiciones legales concretas y al control de los delegados directos del gobierno, de modo que su autonomía es reducida. Sin embargo, las Juntas tienen mucha importancia política;¹⁴⁶ su existencia, consagrada en la ley, refleja la voluntad del legislador de dejar los asuntos educativos claves en manos de los ciudadanos y de responsabilizarlos por la solución de los problemas más apremiantes.

La consolidación de las Juntas fue un proceso lento y difícil debido a la indiferencia inicial de los padres de familia hacia un cargo público sin remuneración, el fanatismo religioso conservador¹⁴⁷ y el analfa-

146. Véase Fischel (1990, p. 192).

147. La reforma implicó la exclusión de la enseñanza religiosa de las escuelas, lo que generó un fuerte conflicto con la Iglesia y desconfianza entre la gente. Según Matarrita (1986) ese hecho explica que muchas personas no hayan querido incorporarse a las Juntas y que la matrícula no se haya expandido entre 1886 y 1890, a pesar de que el Estado asignó importantes recursos financieros con este fin. En 1890 se permite de nuevo la enseñanza religiosa, con lo que se facilita la participación ciudadana en las Juntas.

betismo generalizado de la época. Sin embargo, poco a poco fue creciendo el entusiasmo por la educación, lo que permitió que estas modestas asambleas de vecinos empezaran a gozar de prestigio y reconocimiento popular.¹⁴⁸ Las Juntas promovieron la participación de los miembros de la comunidad en asuntos educativos y los convirtieron en aliados de la tarea reformadora. Por tanto, la participación comunitaria no sólo fue importante a nivel de resolución de problemas prácticos, sino que también tuvo repercusiones en el ámbito político e ideológico.¹⁴⁹

ASIGNACIÓN DE RECURSOS. La generalización de la educación básica y su posterior mejoramiento fueron posibles gracias a la decisión política de asignar los recursos necesarios. Aunque el financiamiento de las comunidades fue importante a través de las Juntas de Educación, el grueso de los recursos provino del erario público que cubrió los sueldos de los maestros. La reforma contó en sus inicios con suficientes fondos debido a una coyuntura económica favorable y al hecho peculiar de que un ministro ejercía las carteras de Hacienda y Educación. Estas circunstancias posibilitaron, por ejemplo, que durante el quinquenio 1886-91 el presupuesto público destinado a la educación creciera 395%, esto es, a una tasa media anual de 38%.¹⁵⁰

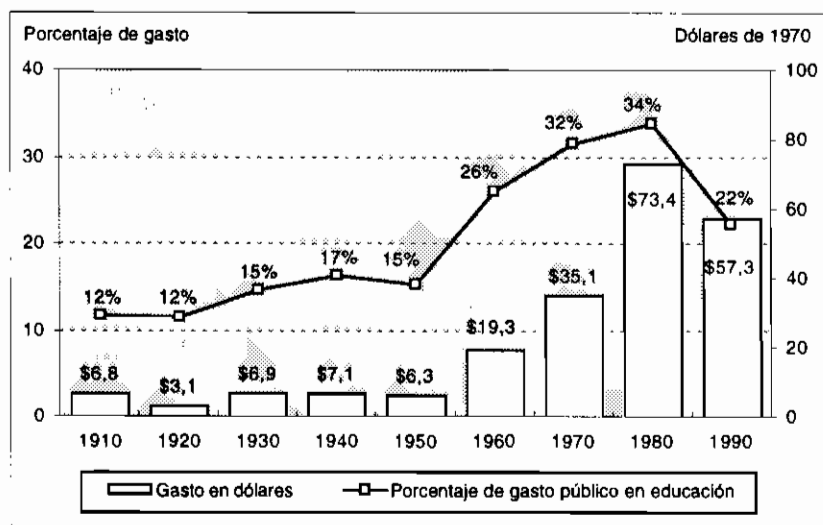
La gráfica 3-10 muestra la evolución de los recursos asignados por el Estado a educación, tanto en términos reales y per cápita, como en relación al presupuesto del gobierno central. Aunque hasta 1950 la participación en el presupuesto público se mantiene estable con una leve tendencia al alza, en términos per cápita fluctúa con el ciclo económico, al igual que el resto del presupuesto del gobierno central. La expansión de los recursos asignados a la educación es notoria a partir de 1950 y hasta 1980, tanto en términos per cápita como en relación al presupuesto nacional, lo que demuestra la prioridad asignada al sector durante este período. Cabe señalar que esta expansión no se canalizó sólo a la educación primaria, pues en ese período la educación media

148. Fishel (1990, p. 193).

149. Fishel (1990, p. 188).

150. Véase Matarrita (1986, p. 149). Los datos se presentan en términos nominales. No se dispone de información sobre variación de precios en esa época.

Gráfica 3-10. *Indicadores sobre recursos públicos asignados al sector educación, Costa Rica: 1910-1990*



FUENTE: Rosero (1984), (1985); Ministerio de Hacienda.

y superior muestran un amplio dinamismo. La década de los ochenta refleja claramente los efectos de la crisis económica, con una contracción de los recursos asignados a la educación, hecho que influyó en la reversión del proceso de mejoramiento de su calidad.

El cuadro 3-6 ofrece información más detallada sobre la evolución de los recursos asignados por el Estado a la educación durante la segunda mitad del presente siglo, corroborando la tendencia señalada en el gráfico previo,¹⁵¹ en particular la caída de los recursos durante los años ochenta. Visto globalmente, el gasto social per cápita en educación se redujo 17% entre 1980 y 1992. La educación secundaria fue la más afectada y la preescolar la más favorecida. Con relación a la educación primaria, el gasto per cápita cae o se desploma a una tasa media anual de 22.5% entre 1980 y 1982, se recupera a 5.6% anual entre 1983 y 1986, para caer nuevamente a 3.5% entre 1987 y 1989. A inicios de los noventa (1990-92) crece aceleradamen-

151. Téngase presente que el cuadro se refiere al gasto público total (sector público no financiero), en tanto que el gráfico alude sólo al Gobierno Central.

Cuadro 3-6. *Evolución de los recursos movilizados por el sector público en el área social (cifras relativas), Costa Rica: 1950-1990*

<i>Indicador</i>	<i>1950</i>	<i>1958</i>	<i>1971</i>	<i>1980</i>	<i>1990</i>
Gasto Público Total (GPT)					
% PIB	25.8	28.9	37.6	54.3	43.4
Gasto Público Social (GPS)					
% PIB	8.6	8.7	16.4	23.6	20.7
% GPT	33.3	30.2	43.5	43.5	47.6
Gasto en Educación					
% PIB	1.5	2.6	5.2	6.2	4.9
% GPT	5.9	8.9	13.9	11.4	11.4
% GPS	17.7	29.5	32.0	26.3	23.9

FUENTE: IICE (1961), Contraloría General de la República (1971) y Trejos *et al.* (1994a).

te (8.3% anual) aunque de manera insuficiente para recuperar la pérdida acumulada.¹⁵²

C. El financiamiento de políticas selectivas contra la pobreza

Los programas sociales selectivos cobran importancia a principios de los setenta, durante la última administración de José Figueres, cuyo lema fue “guerra a la miseria”.¹⁵³ Fueron concebidos como un medio para ampliar el acceso de la población pobre a los servicios sociales básicos, principalmente de educación y salud. Estos programas se fortalecieron a mediados del decenio de los setenta, cuando se aprueba la ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (ley 5662 de diciembre de 1974) que crea el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF).

Este fondo moviliza entre 1.5 y 2% del PIB y canaliza sus recursos hacia instituciones estatales ejecutoras de programas sociales. Financia los programas de atención primaria de salud, programas de alimentación complementaria, acueductos rurales, pensiones no contributivas para indigentes y, más recientemente, subsidios directos para vivienda.

152. Trejos *et al.* (1994a).

153. Antes de 1970 se ejecutaban algunos programas dirigidos a grupos pobres; no obstante, de un inventario de 38 programas sociales selectivos identificados, el 80% fueron creados a partir de 1970. Véase Trejos *et al.* (1995).

Con un total aproximado de 1.400 millones de dólares, movilizados entre 1975 y 1994, el FODESAF permitió al país financiar los programas de salud rural y comunitaria y fortalecer los programas de nutrición preescolar y escolar en la década de los setenta. Estos programas explican, en buena parte, el mejoramiento alcanzado en los indicadores de salud durante ese período. Fueron diseñados para llegar a poblaciones que no se habían beneficiado de las llamadas políticas universales. Los programas de salud primaria se convirtieron en el primer nivel de atención a los pobres y en la vía de acceso a servicios de salud más sofisticados ofrecidos por la Caja Costarricense de Seguridad Social. Los programas de alimentación complementaria mejoraron las condiciones de aprendizaje de los niños pobres y los incentivaron para que se mantengan dentro del sistema educativo formal.

Desde una perspectiva asistencial, el FODESAF ofreció un sistema de apoyo financiero permanente para ancianos indigentes sin acceso a la seguridad social tradicional. También otorgó recursos a las instituciones encargadas de velar por los grupos más vulnerables, particularmente niños en situación de orfandad, abandono o maltrato. Desde una visión compensatoria, el FODESAF contribuyó al financiamiento de programas de entrega de alimentos y subsidios por desempleo durante períodos recesivos como los vividos entre 1980-82 y 1991-92, en los que también se fortalecieron programas de apoyo productivo.¹⁵⁴ A partir de 1987 el FODESAF empieza a asignar una importante porción de sus recursos a programas de vivienda popular.¹⁵⁵

1. Génesis y organización

El FODESAF se estableció a fines de 1974, luego de dos años de discusión y negociación entre el gobierno y las organizaciones empresariales. Como resultado de este proceso se acordó financiar parcialmen-

154. Particularmente programas de crédito para la microempresa y programas para facilitar el acceso a la tierra.

155. El programa del bono familiar de la vivienda fue creado en 1988 para permitir el acceso a la vivienda de las familias más pobres. Consiste en un subsidio monetario que se otorga a la familia para adquirir una vivienda mínima (en cuanto a su tamaño y condiciones). Su monto decrece al aumentar el nivel de ingreso familiar y puede complementarse con un crédito otorgado con tasas de interés de mercado.

te al Fondo mediante un tributo sobre la nómina de las empresas. El impuesto fue de 3% sobre la planilla en 1976 y aumentó 1% por año hasta alcanzar 5% en 1978.

Aunque el FODESAF fue concebido en un contexto de crecimiento económico, su aprobación en 1974 ocurrió durante la primera crisis energética, que si bien no sumió al país en una recesión importante, sí agudizó el desequilibrio externo y generó un proceso inflacionario desconocido en la historia reciente de Costa Rica.¹⁵⁶ El proyecto del Fondo fue modificado durante su discusión. Mientras la concepción inicial enfatizaba las transferencias en dinero a los asalariados en función del tamaño de su familia (asignaciones familiares), la modalidad finalmente adoptada consiste principalmente en la entrega de bienes y servicios a los grupos más pobres, asalariados o no.¹⁵⁷

La administración del FODESAF está a cargo de la Dirección General de Asignaciones Familiares y Desarrollo Social, ente adscrito al Ministerio de Trabajo, con funciones de supervisión, control y evaluación de los programas financiados por el Fondo. Sus directores son nombrados por las autoridades gubernamentales de turno y su personal integra el servicio civil, al igual que los funcionarios del personal del gobierno central.

El Fondo normalmente financia programas dirigidos a la población pobre; pero esta función no está definida con precisión en su ley o reglamento. Los recursos que entrega tienen carácter complementario, pues la institución ejecutora debe aportar una contraparte. Los Ministros de Trabajo y de Planificación determinan qué programas pueden ser financiados por el FODESAF, aunque el peso del coordinador del sector social (generalmente el vicepresidente de la República) puede ser determinante en la toma de decisiones. Con el Fondo se pueden financiar transferencias en dinero o especie (alimentos, materiales, etcétera), servicios sociales específicos, obras de infraestructura, construcciones de viviendas y fondos revolutivos para crédito. La Contraloría

156. La inflación en 1974 llegó a 40%, mientras que en las décadas previas fue inferior a 2% anual.

157. Las asignaciones familiares se establecieron como un plan piloto que se ejecutó en un pequeño pueblo de la provincia de Guanacaste llamado Bagaces entre 1976 y 1984. Nunca dejó de ser una experiencia piloto y no llegó a canalizar ni un décimo del uno por ciento de los recursos del Fondo.

General de la República, órgano contralor adscrito al poder legislativo, fiscaliza el uso de recursos por parte de la Dirección General de Asignaciones Familiares y de las instituciones ejecutoras.

El FODESAF, que precede en más de una década a los Fondos de Emergencia Social o a los Fondos de Inversión Social promovidos por organismos como el Banco Mundial, se diferencia de éstos en varios aspectos básicos.¹⁵⁸ Por una parte, se financia con recursos internos, creados a través de una reforma presupuestaria. La modalidad de su financiamiento garantiza estabilidad en el tiempo y evita que sus asignaciones compitan con aquéllas destinadas a programas universales. El FODESAF se financia con un impuesto del 5% sobre la planilla de las empresas y con el 20% del impuesto general sobre las ventas. No depende de recursos extraordinarios, temporales y crecientemente disputados, como son los de origen mayoritariamente externo que financian los actuales fondos de emergencia e inversión social.

Por otra parte, el FODESAF canaliza sus recursos hacia las unidades ejecutoras de instituciones estatales para apoyar programas selectivos existentes o financiar nuevas actividades. Las instituciones que reciben fondos deben tener capacidad para operar los programas, lo que evita duplicación de esfuerzos administrativos y el desperdicio que significa crear una infraestructura social que luego el Estado no puede manejar o mantener. El FODESAF no pretende sustituir a la política social sino complementarla y aumentar su eficiencia. Aunque ello implica una menor participación del sector privado, éste no está necesariamente excluido.¹⁵⁹

El FODESAF tiene carácter permanente y, por lo mismo, prioriza programas que en su etapa inicial apoyan directamente la formación

158. Algunos analistas consideran que la primera experiencia fue el Fondo Social de Emergencia de Bolivia, creado en 1986 e imitado posteriormente en otros países del área. Autores como Franco, Cohen y Rufián (1991) reconocen la presencia de experiencias previas, pero no incluyen al FODESAF entre los fondos de inversión social. Este no es el caso de Wurgaft (1993), quien lo califica como la primera experiencia en la región.

159. El FODESAF no puede transferir directamente recursos a organizaciones privadas para que ejecuten determinados programas, pero sí lo puede hacer a través de sus unidades ejecutoras que pueden subcontratar estos servicios. Actualmente se promueve una reforma legal para que el Fondo pueda financiar directamente programas propuestos por organismos privados.

y el mejoramiento de recursos humanos, incrementando así su impacto potencial a largo plazo. Esta estrategia permite complementar los programas selectivos con los universales existentes. Cabe señalar que algunos Fondos de Inversión Social que nacieron como acciones compensatorias y temporales dentro del marco de los programas de ajuste, han evolucionado hasta convertirse en intervenciones más permanentes en el campo social. Un ejemplo de ello es el Fondo Social de Emergencia de Bolivia que en 1989 se transformó en el Fondo de Inversión Social.

Una tendencia similar se observa en fondos creados recientemente, como el Fondo Venezolano de Inversión Social (1990), el Fondo de Solidaridad e Inversión Social de Chile (1991), el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social de Perú (1991) y el Programa Nacional de Solidaridad de México (1988).¹⁶⁰ Los Fondos de Inversión Social en el resto de países del área centroamericana se conformaron en 1990, esto es, 16 años después del FODESAF. En todos los casos fueron concebidos con un carácter temporal (entre tres y cinco años de duración); la única excepción podría ser Guatemala, aunque sobre este punto no existe acuerdo entre los analistas.¹⁶¹ De los restantes, sólo el Fondo Hondureño de Inversión Social contempla en su normativa la posibilidad de prorrogar su plazo de vigencia.

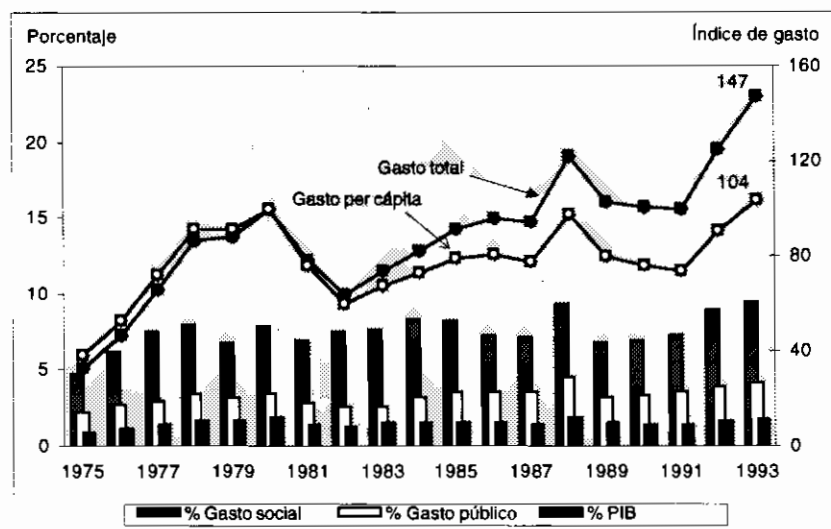
Finalmente, el FODESAF no se administra al margen de la legislación existente sino que sigue la normativa que regula la administración pública, tanto en términos de manejo de recursos, como en relación a la contratación y remuneración del personal. Si bien esa circunstancia le puede restar cierta flexibilidad, en la práctica no ha constituido un obstáculo para su funcionamiento. Este resultado sugiere que el carácter excepcional de algunos fondos no siempre es necesario e incluso puede ser inconveniente, ya que puede inhibir los esfuerzos por una efectiva reforma institucional.¹⁶²

160. Wurgaft (1993).

161. Según Ruffin (1991, p. 56) el FIS de Guatemala tiene un carácter permanente; pero Wurgaft (1993, p. 3) considera que es transitorio.

162. Trejos *et al.* (1994a).

Gráfica 3-11. Evolución del gasto real^a del FODESAF, Costa Rica: 1975-1993



FUENTE: Ministerio de Hacienda, Banco Central, FODESAF.

a. Se utiliza el índice de precios al consumidor como deflactor.

2. Recursos movilizados y vulnerabilidad

Los gastos efectivos del Fondo en 1994 ascendieron a US\$ 143 millones (1.7% del PIB). Un año antes, el gasto efectivo fue de US\$ 134 millones, equivalente a 1.8% del PIB, a 4% del gasto del sector público no financiero y a 10% del gasto público social. Aparte de los aumentos ocurridos en los años en los que se elevó el impuesto sobre la planilla y/o el impuesto a las ventas, estas cifras se han mantenido bastante estables, con una ligera tendencia al aumento. Esto se puede observar en la gráfica 3-11, que también muestra la evolución del gasto real, tanto global como per cápita. Como el monto recaudado de los impuestos depende del nivel de actividad económica, los recursos reales evolucionan paralelamente al ciclo económico.

La vinculación del rendimiento impositivo con el financiamiento reduce la capacidad de reacción del FODESAF en períodos recesivos, precisamente cuando podría tener más impacto y las demandas son mayores, particularmente si se quiere priorizar programas compensa-

Cuadro 3-7. *Algunos indicadores sobre la evolución de los recursos del FODESAF, Costa Rica: 1975-1993*

<i>Indicador</i>	<i>1975</i>	<i>1979</i>	<i>1982</i>	<i>1986</i>	<i>1989</i>	<i>1993</i>
Recursos del FODESAF (millones)						
- US\$	18.9	67.8	32.3	67.4	79.8	133.4
- Colones 1992	3 935	10 497	7 541	11 382	12 144	17 424
Variación anual media anual real ^a						
- PIB		6.4	-3	4.2	4.6	5.0
- FODESAF		27.8	-10.4	10.8	2.2	9.4
Gasto del FODESAF como porcentaje del						
- PIB	1	1.7	1.3	1.5	1.5	1.8
- Gasto público	2.2	3.2	2.7	3.6	3.2	4.2
- Gasto social	4.8	6.9	7.6	7.3	6.9	9.6
Porcentaje de los ingresos del FODESAF						
- Impuesto a planillas	25.6	48.4	46.2	67.7	61.3	56.5
- No gastado	10.1	1.3	9.5	3.1	4.7	7.5

FUENTE: Ministerio de Hacienda, Banco Central y FODESAF.

a. Del período que termina en ese año.

torios. Como se desprende del cuadro 3-7, luego de la expansión ocurrida en la segunda mitad de los setenta, los recursos del Fondo sufren una fuerte contracción a principios de los ochenta, período caracterizado por una amplia recesión económica y un proceso de empobrecimiento. Luego empiezan a incrementarse junto con la recuperación económica, primero rápidamente y luego en forma más pausada. En el decenio de los noventa, los recursos reales del FODESAF vuelven a crecer aceleradamente, a pesar de la contracción que sufren en 1990 y 1991, debido al programa de ajuste fiscal aplicado en esa época.

Los impuestos con destino específico reducen la vulnerabilidad del FODESAF ante posibles restricciones fiscales, pero no totalmente. El impuesto sobre las planillas de empresas e instituciones públicas es recaudado por la Caja Costarricense de Seguridad Social como parte de las cargas sociales y transferido al Fondo. Con relación al 20% del impuesto a las ventas, la parte cobrada en aduanas pasa también al

Cuadro 3-8. Destino de los recursos del FODESAF por tipo de programa, Costa Rica: 1975-1993

Porcentajes

<i>Programa</i>	<i>1975</i>	<i>1979</i>	<i>1982</i>	<i>1986</i>	<i>1989</i>	<i>1993</i>
Salud y educación	32.1	54.7	49.5	51.3	32.6	25.4
Grupos vulnerables	28.5	28.7	27.5	25.6	21.5	39.2
Vivienda ^a	2.1	4.1	3.6	11.3	40.0	29.0
Apoyo productivo	35.8	10.1	11.5	2.8	2.4	3.8
Administración	1.5	1.3	2.8	2.7	3.5	2.5
Gastos financieros	0.0	1.7	5.0	6.3	0.0	0.0
Total programas	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

FUENTE: FODESAF.

a. Vivienda y desarrollo local.

Fondo, vía Banco Central. No obstante, la parte correspondiente a las ventas de artículos producidos internamente es recaudada por el Ministerio de Hacienda y sobre ella el gobierno tiene más control. En la práctica el gobierno transfiere parte de esos recursos directamente a las unidades ejecutoras, pero el monto final girado depende de las restricciones fiscales imperantes. Tal situación explica el hecho de que los ingresos del FODESAF por el impuesto a las planillas sea predominante (véase cuadro 3-7).

3. Programas financiados y flexibilidad

En 1995, el FODESAF transfirió recursos a 16 instituciones para la ejecución de 37 programas diferentes, mientras que en 1994 entregó fondos a 17 instituciones para 33 programas. Durante los primeros años del decenio de los ochenta trabajó con 25 entes ejecutores. Tal hecho muestra cierta flexibilidad en la asignación de recursos, en particular la incorporación o exclusión de instituciones participantes.

El cuadro 3-8 muestra la importancia relativa de los programas financiados. Durante el primer decenio de existencia del Fondo, con excepción del año 1975,¹⁶³ los programas de salud y educación absorbían cerca de la mitad de los recursos (cuadro 3-8). Posteriormente,

163. El año 1975 corresponde al primero de operación, cuando la estructura del gasto refleja sobre todo programas que no demandaban mayor trámite, como la compra de tierras.

estos pierden peso, conforme mejoran las condiciones de salud y nutrición infantil.

El área de apoyo a grupos vulnerables se mantiene en segundo lugar de importancia durante casi todo el período. Esta situación se explica en gran parte por el hecho de que la ley asigna 20% del Fondo al régimen no contributivo de pensiones. Por otro lado, esta área empieza a perder importancia después de la crisis (1982) y sólo la recupera con creces hacia el final del período, cuando la política social gubernamental asignó alta prioridad a los programas asistenciales.

Los programas de vivienda tuvieron un peso marginal hasta mediados de los años ochenta, pero se tomaron prioritarios durante la Administración Arias (1986-90). Este hecho se expresó en la modificación de la ley en 1987, la cual asignó 33% de los recursos del FODESAF al financiamiento del Bono Familiar de la Vivienda. Luego de esta reforma más de la mitad de los recursos del Fondo se canalizan por ley a ese sistema de bonos y al régimen no contributivo de pensiones, lo que genera una gran inflexibilidad en la asignación de recursos y ello explica, en parte, la pérdida de importancia de los programas de salud y educación.

Finalmente, el apoyo a actividades productivas mantiene cierta importancia hasta finales de la crisis, cuando se dejan de financiar programas de capacitación por parte del Instituto Nacional de Aprendizaje. En esta área han prevalecido y dominado los programas de apoyo al sector campesino, principalmente el financiamiento de la compra de tierra y la provisión de asistencia técnica.¹⁶⁴

4. Eficiencia y equidad

La asignación legal de destinos y montos específicos resta eficiencia social al Fondo, puesto que impide canalizar recursos a programas que demandan mayor atención en cada coyuntura. La inflexibilidad tiene también otros motivos. El financiamiento de programas que se toman permanentes y dependientes de estos recursos hace difícil, aunque no imposible, el corte de asignaciones. Aunque el financiamiento

164. El peso de esta área está subestimado por cuanto no se incorporan los aportes del Ministerio de Trabajo (crédito microempresario y subsidios por empleo) ni del Instituto Mixto de Ayuda Social (crédito y capacitación).

para los programas es aprobado anualmente, es muy difícil suspender asignaciones, en particular cuando se trata de servicios que requieren personal. Un financiamiento acotado temporalmente, con participación decreciente y sujeto a evaluación efectiva, puede ser el camino para incrementar la flexibilidad de operación.

El pago de salarios a empleados de los programas, no ha alcanzado niveles elevados (ha representado entre 8 y 29% de los gastos del FODESAF). Recientemente se observa un decrecimiento del peso de los salarios debido a la reducción del financiamiento de servicios (salud y educación) y el aumento de las transferencias directas al Bono Familiar de Vivienda y al régimen no contributivo de pensiones. Por ello, la crítica sobre el financiamiento de una burocracia creciente y altos gastos administrativos¹⁶⁵ no tiene sustento. Lo mismo sucede con los gastos directos de administración del Fondo (gasto de la Dirección General de Asignaciones Familiares y de los servicios de recaudación por parte de la Caja Costarricense de Seguridad Social). Éstos se han mantenido en general por debajo del 3%, aunque es evidente que las actividades de seguimiento, control y evaluación han sido muy débiles y circunscritas al ámbito financiero en el mejor de los casos.

Otro tema que vale la pena examinar es la selectividad del financiamiento. El FODESAF fue creado para canalizar recursos hacia los grupos más pobres y complementar así las políticas sociales de carácter universal. Por ello los programas apoyados por el Fondo deben ser estructurados para esos grupos y los mecanismos de selección deben ser mejorados. El cuadro 3-9 muestra una estimación del grado de focalización de los programas del Fondo en dos momentos en el tiempo. La estimación arroja una filtración de alrededor de 30% hacia otros grupos. Esta cifra es bastante aceptable,¹⁶⁶ sobre todo si se considera que algunos programas, como los comedores escolares, no fueron estructurados para llegar sólo a los pobres. Por otra parte, si bien la selectividad de los programas considerados en conjunto parece empeorar ligeramente en el período analizado, esta tendencia refleja lo sucedido con la vivienda ya que en el resto de áreas mejora. La incorporación del Bono Familiar de Vivienda, que hace elegible a 80% de familias del

165. PREALC (1992).

166. Grosh (1994).

Cuadro 3-9. *Estimación del porcentaje de recursos del FODESAF que llega a la población pobre (cifras relativas), Costa Rica: 1983 y 1992*

Área	1983	1992
Salud y educación	61.9	67.0
Protección grupos vulnerables	68.5	72.1
Vivienda y desarrollo local	78.8	60.7
Apoyo actividades productivas	72.0	97.8
Total	69.5	67.5

FUENTE: elaboración de Juan Diego Trejos, basada en información del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica (1986) y ENISO (1992).

Nota: se considera al 40% de las familias con menores ingresos per cápita.

país, provoca el desmejoramiento global. Cabe señalar que cada programa tiene sus propios criterios e instrumentos de selección¹⁶⁷ y que la generalización de un mecanismo único no ha sido considerado adecuado ni conveniente.¹⁶⁸

5. Lecciones sobre el financiamiento de las políticas selectivas

El FODESAF ha mostrado ser un instrumento poderoso para financiar programas sociales selectivos. Ha contribuido a la sustentabilidad de las políticas de programación y asistencia social y representa una experiencia que puede reproducirse en otros países. No obstante, problemas como la vulnerabilidad presupuestaria, la inflexibilidad creciente en la asignación de recursos y la ausencia de sistemas adecuados de control, evidencian la necesidad de realizar ajustes y modificaciones.

Los impuestos establecidos para financiar al Fondo sirvieron para protegerlo y contribuyeron a su estabilidad; mientras tanto, el incumplimiento de la legislación vigente por parte del Ministerio de Hacienda ha causado su debilitamiento.

El Fondo debería asignar recursos con mayor flexibilidad. Actualmente sólo el bono de la vivienda y las pensiones a indigentes reciben, por mandato legal, 53% de los recursos del FODESAF. Debe analizarse si es conveniente canalizar tantos recursos al programa de vivienda y

167. En Trejos *et al.* (1993), Trejos (1992a) y Trejos (1992b) se analiza la selectividad de programas específicos.

168. Sojo (1994).

si es posible aliviar la carga del FODESAF mediante una mayor participación de recursos provenientes del presupuesto nacional.

La falta de evaluación, control y seguimiento de los programas financiados por el FODESAF es otra limitación importante. Existe margen para incrementar los gastos administrativos del FODESAF y tal práctica se justificaría si los recursos se utilizan para aumentar efectivamente la capacidad de control y evaluación del uso de los fondos asignados. Con esta finalidad se podrían realizar encuestas periódicas para establecer el acceso efectivo a los distintos programas y su equidad. También cabría otorgar mayor autonomía a la Dirección General de Asignaciones Familiares, transformándola en una instancia separada del Ministerio de Trabajo.

El aumento de la selectividad, el establecimiento de un sistema integrado de servicios y el uso más eficiente de recursos son las metas que deberían perseguir las reformas de programas específicos.

III. Explicaciones del éxito de Costa Rica en la reducción de la pobreza

Este capítulo ha desarrollado dos argumentos principales. Primero, que Costa Rica ha tenido éxito en la reducción de la pobreza a pesar de sus limitaciones económicas. Segundo, que la disminución de la pobreza debe atribuirse sólo parcialmente al crecimiento económico; parte importante del éxito está directamente vinculado a políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones sanitarias y educacionales de la población, especialmente de la más pobre.

En su análisis de la evolución global de la pobreza en 1990, el Banco Mundial llega a la conclusión de que la política pública es crucial tanto para la reducción de la pobreza, medida por el ingreso, como para lograr mejoras en los indicadores sociales.¹⁶⁹ Dado que Costa Rica ha logrado un notable desarrollo social en comparación con otros países en Centroamérica y el Caribe, es importante determinar cuáles han sido los factores críticos que explican ese resultado. Sin embargo, esta tarea trasciende el alcance del presente análisis, que se limita a señalar las

169. Banco Mundial (1990a, p. 45).

áreas de mayor éxito en la reducción de la pobreza y las políticas y programas que han determinado tal éxito. Aún así, en la medida en que creemos que el caso de Costa Rica debería constituir un modelo o guía de acción para otros países, esbozaremos una explicación de las razones que han hecho posible una trayectoria exitosa en el campo social.

Los estudios sobre la excepcionalidad de Costa Rica frecuentemente se centran en sus tradiciones democráticas. Aunque se han hecho muchos esfuerzos por explicar el desarrollo democrático del país,¹⁷⁰ todavía se debaten los orígenes de esta tendencia. En relación a la reducción de la pobreza, parecería que la democracia es poco relevante, al menos por tres motivos. Primero, no hay ninguna razón teórica importante para vincular la democracia con la reducción de la pobreza, especialmente si se considera que las democracias son gobernadas por mayorías y que los pobres suelen ser una minoría. En América Latina los hogares pobres representaron aproximadamente 40% del total durante el período 1970-1990, y de los 14 países que aparecen en una reciente publicación de la CEPAL, sólo dos –Honduras y Guatemala– tienen una población mayoritariamente pobre.¹⁷¹ Mientras Honduras tiene una tradición democrática, en Guatemala ha primado el autoritarismo. Segundo, estudios empíricos a nivel mundial han demostrado que la democracia tiene poco o ningún impacto en el crecimiento o en la desigualdad. En un examen de 12 estudios empíricos sobre la materia, la mitad de ellos llegó a la conclusión de que la democracia reduce el crecimiento económico, mientras que la otra mitad demostró que no existía ninguna relación entre democracia e igualdad.¹⁷² Tercero, los ocho países de rápido crecimiento económico en el Este Asiático se caracterizan por un nivel de expansión económica que ha superado consistentemente los niveles alcanzados en los países industrializados tradicionales. Sin embargo, entre estos países solamente Japón tiene una tradición democrática establecida.¹⁷³

170. Trejos Quirós (1939); López Gutiérrez S. (1975); Zelaya, Bulgarelli, Camacho, Cerdas y Schifter (1978); Peeler (1985).

171. CEPAL (1994, p. 158-159).

172. Sirowy e Inkeles (1991); Muller (1994).

173. Los ocho países conocidos como "economías asiáticas de alto rendimiento" (o HPAES por sus siglas en inglés) son: Japón, Hong Kong, La República de Corea, Singapur, Taiwán, Indonesia, Malasia y Tailandia. Véase Birdsall, Ross y Sabot (1994a).

Virtualmente todos los países tienen políticas diseñadas para atacar la pobreza; pero sólo unos pocos tienen un significativo éxito al implementarlas. En América Latina, una región con políticas sociales bastante avanzadas,¹⁷⁴ 40% de las familias tenían ingresos por debajo de la línea de la pobreza en 1970; veinte años después, 39% todavía estaba en esta situación, una disminución trivial para un esfuerzo de dos décadas.¹⁷⁵ En varios países la pobreza ha crecido desde 1970: en Perú de 50 a 52%, en México de 34 a 36%, en Venezuela de 25 a 33%, y en Chile, un país con un crecimiento económico dramático, el porcentaje de pobres en 1994 (24%) fue mayor que el de 1970 (17%).¹⁷⁶

En América Central solamente Costa Rica ha tenido un éxito de largo plazo en la reducción de la pobreza. Aunque no creemos que es la democracia *per se* lo que explica tal situación, sí consideramos que en el largo plazo la estabilidad política y la gobernabilidad de Costa Rica han contribuido de modo importante al diseño e implementación de políticas públicas útiles para la reducción de la pobreza. ¿Cómo se ha alcanzado esta estabilidad? La investigación, en el contexto de diferentes países, ha demostrado que la desigualdad es un factor central en la desestabilización política.¹⁷⁷ Evidencia adicional muestra que la estabilidad política está directamente asociada con el crecimiento económico.¹⁷⁸ Finalmente, niveles altos de inscripción en educación primaria contribuyen al crecimiento económico.¹⁷⁹ Costa Rica ha logrado reducir la desigualdad económica y, al mismo tiempo, educar a una vasta mayoría de habitantes, lo que sugiere que ambos factores son importantes para explicar su éxito en la reducción de la pobreza. Sin embargo, debido a que igualdad económica y niveles altos de inscripción en educación primaria son productos, en cierto grado, de las políticas públicas, utilizar a estos factores como explicación de la estabilidad política, de la gobernabilidad y de la reducción de la pobreza evade el problema.

174. Mesa-Lago (1991).

175. CEPAL (1994, pp. 145-146).

176. Estas cifras se refieren a totales nacionales; ignoran diferencias entre pobreza urbana y rural. Dado que la definición de lo urbano y de lo rural varía de país a país y dentro de cada país, creemos que las comparaciones nacionales son mucho más confiables.

177. Seligson y Muller (1987).

178. Alesina y Perotti (1993).

179. Rodrik (1994a).

Debemos considerar el asunto con más profundidad a fin de encontrar explicaciones adecuadas. Una posible respuesta se encuentra en las actitudes de los ciudadanos hacia su sistema de gobierno. Los costarricenses tienden a considerar su sistema de gobierno como legítimo en una mayor medida que los ciudadanos de cualquier otro país centroamericano.

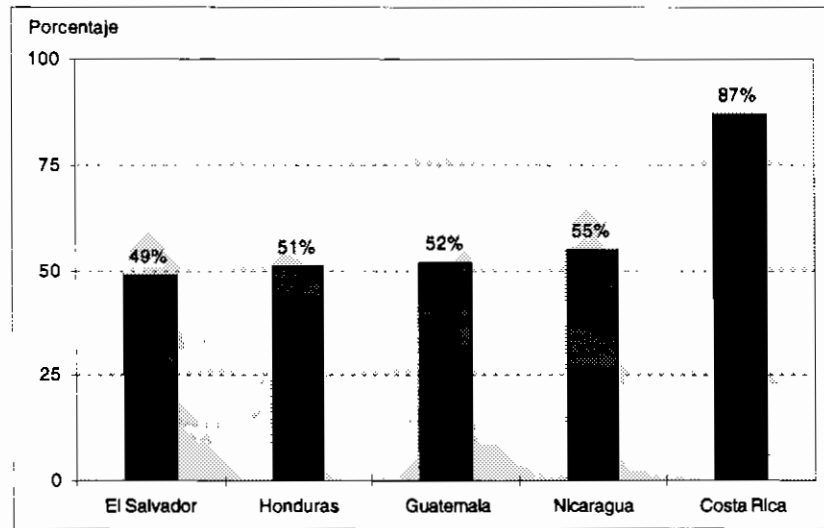
La gráfica 3-12 muestra datos comparativos 1991-92 sobre el orgullo de los ciudadanos por su sistema de gobierno, una variable ampliamente utilizada para medir la percepción de la legitimidad del sistema.¹⁸⁰ Mientras que 87% de los costarricenses están orgullosos de su sistema de gobierno, aproximadamente la mitad de ciudadanos de los otros países piensan de la misma manera.¹⁸¹ En otras palabras, fuera de Costa Rica, los miembros del gobierno diseñan e implementan políticas sabiendo que sólo la mitad o menos de sus ciudadanos cree en la legitimidad del sistema político responsable de esas políticas. Esta receta no es buena para alcanzar la obediencia civil a políticas que a veces son difíciles de aceptar.

Los responsables de las políticas públicas en Costa Rica tienen, en comparación con sus pares en los países vecinos, una mayor facilidad para implementarlas porque los ciudadanos confían en las acciones del gobierno. Evidencia de lo anterior es la reacción popular a la crisis económica de principios de los ochenta y a las medidas de ajuste estructural que le siguieron. Una gran reserva de apoyo público, acumulada en el tiempo anterior a la crisis, hizo posible que el gobierno tomara rápidamente medidas para enfrentarla y mitigar su impacto, mientras que, como se observa en la gráfica 3-1 (sección I), en otras

180. Seligson *et al.* (1987); Seligson y Muller (1990). Estas citas se refieren a una serie de artículos que explican en detalle la metodología usada para medir legitimidad. Esencialmente, la medida de "orgullo por el sistema" utilizada en este estudio forma parte de una escala más comprensiva, cuyo rango varía entre seis y doce ítemes, y que ha sido utilizada exitosamente en Alemania, Israel, Estados Unidos, México y en cada uno de los países de América Central. La aplicación se considera exitosa cuando la escala se correlaciona con ítemes que miden ciertas conductas que fueron hipotetizadas como correlacionadas. Por ejemplo, un bajo nivel de apoyo por el sistema está vinculado con una participación política que produce violencia o desobediencia civil.

181. Evidencia comprensiva en varios contextos nacionales se presenta en Seligson y Córdova (1995).

Gráfica 3-12. *Orgullo del propio sistema político, América Central: 1991-1992*



FUENTE: *Central American Public Opinion Project*, Universidad de Pittsburgh.

partes de América Central la recuperación económica no ha sido tan rápida ni efectiva.¹⁸²

La interrogante es, entonces, ¿cómo desarrolló su alto nivel de legitimidad el sistema de gobierno costarricense? Nosotros creemos que en gran medida se debe a la emergencia de una fuerte sociedad civil, esto es, a la existencia de asociaciones secundarias activas y participativas. Trabajos recientemente realizados en Italia, que fueron objeto de varios premios académicos, evidencian que en el norte de ese país una sociedad civil fuerte ha sido determinante para la vigencia de un sistema de gobierno participativo, para el logro de un alto nivel de desarrollo económico y para la reducción la de pobreza. Mientras tanto, en el sur italiano la sociedad civil ha sido débil y, en consecuencia, ha producido bajos niveles de participación, gobiernos locales frágiles, subdesarrollo económico y altos niveles de pobreza en términos comparativos.¹⁸³ Más recientemente, un estudio examinó la importancia de la

182. Seligson y Muller (1987).

183. Putnam (1993).

sociedad civil en Alemania, Japón, Estados Unidos, Francia, Italia y China y encontró que asociaciones secundarias fuertes constituyeron un factor importante para lograr el progreso económico.¹⁸⁴

En nuestra opinión, la legitimidad del sistema costarricense descansa en la emergencia de la sociedad civil aún en mayor medida que en el caso de los otros países centroamericanos. Desde el siglo XVIII los costarricenses comenzaron a organizarse, a nivel de la comunidad local, para la prestación de servicios de salud y educación. La mayoría de estos servicios estaban organizados alrededor del gobierno municipal. En 1836 el gobierno estableció una Junta de Caridad en cada cantón y en 1889 creó Juntas de Socorro en cada municipalidad. Independientemente de la acción oficial, en 1859 emergió un amplio movimiento de Sociedades Mutualistas de carácter local.¹⁸⁵ El gobierno municipal asumió la responsabilidad por la educación básica y la creación de Juntas de Educación para gobernar las escuelas. En consecuencia, los padres estuvieron directamente vinculados al establecimiento de escuelas y al continuo monitoreo de la calidad de la educación de sus hijos. Aún después de que el sistema de educación nacional fue introducido, las juntas locales mantuvieron la responsabilidad en muchos aspectos de la enseñanza.¹⁸⁶ De manera similar, el gobierno municipal estableció las Juntas Sanitarias, responsables por la salud de los ciudadanos del área, quienes se acostumbraron a asumir la responsabilidad de velar por la educación y la salud de su comunidad. Al mismo tiempo, los servidores públicos se acostumbraron a tomar en cuenta y a responder a las necesidades de la población local. En consecuencia, un patrón de influencia recíproca emergió en Costa Rica, en el que ciudadanos y gobierno interactuaron para beneficio de la comunidad como un todo.¹⁸⁷ Esta situación contrasta marcadamente con la del resto de América Central, en donde la sociedad civil ha sido repri-

184. Fukuyama (1995).

185. Mora (1991).

186. Decisiones curriculares, sobre entrenamiento de maestros, etcétera, fueron asumidas por el nivel nacional. Las juntas de la comunidad mantuvieron la responsabilidad de velar por el funcionamiento general de la escuela local, así como por el mantenimiento de la infraestructura física, tarea que frecuentemente cumplieron conjuntamente con las municipalidades.

187. Baker, Fernández y Stone (1972); Marín (1987); Mora (1989).

mida porque es vista por las élites gobernantes como un reto a su poder.¹⁸⁸ Bajo estas condiciones, las organizaciones de la sociedad civil se han desarrollado principalmente como organizaciones no oficiales, clandestinas, que frecuentemente han considerado que su función central es contra atacar las acciones del gobierno.

Aunque la discusión anterior se apoya en material histórico, se ha descubierto una relación directa, de carácter más contemporáneo, entre la satisfacción de los ciudadanos con su gobierno local y la legitimidad (apoyo al sistema). Un análisis reciente¹⁸⁹ indica que los ciudadanos que están más satisfechos con sus gobiernos locales tienden a expresar un mayor nivel de apoyo por el sistema de gobierno, en comparación con aquéllos que tienen bajos niveles de satisfacción. También se ha revelado una débil relación recíproca, esto es, que un alto nivel de apoyo por el sistema produce una mayor satisfacción con el gobierno local. En resumen, parece existir una situación que es positiva en dos sentidos: la satisfacción con el gobierno local es un factor que refuerza el apoyo al sistema, variable central para la estabilidad política y la gobernabilidad a nivel nacional, lo que a su vez refuerza la satisfacción a nivel local (véase gráfica 3-13).

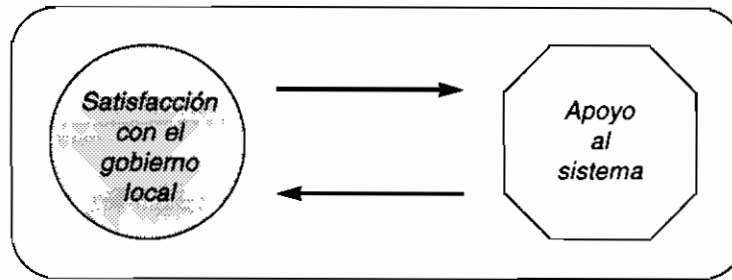
Si bien no se pretende haber elaborado una explicación definitiva acerca del éxito de Costa Rica, creemos que la existencia de una sociedad civil fuerte es esencial para que las políticas diseñadas para reducir la pobreza logren su objetivo.

Se ha presentado evidencia del éxito costarricense en la reducción de la pobreza. Este éxito, aunque notable dentro del contexto latinoamericano, palidece en comparación con los dramáticos logros de las nuevas naciones industrializadas en Asia. Considérese el caso de Corea del Sur. En 1965, con una población casi 15 veces mayor que la de Costa Rica, alcanzó un PIB de tres billones de dólares, es decir, cinco veces más grande que el de Costa Rica, cuyo valor fue de 0.59 billones de dólares.¹⁹⁰ Para 1992, la economía de Costa Rica creció hasta 6.5 billones de dólares, mientras que la economía de Corea del Sur cre-

188. Nickson (1995).

189. Este análisis fue ejecutado usando el método de regresión de mínimos cuadrados en dos etapas. Véase Seligson y Córdova (1995).

190. Banco Mundial (1989, pp. 168-169).

Gráfica 3-13. *Relaciones causales entre gobierno local y nacional*

ció a 228 billones, 6 35 veces la economía de Costa Rica.¹⁹¹ Al comparar estos países hay que tener en cuenta que los niveles de educación en Costa Rica, de acuerdo a las tasas de alfabetismo, eran ligera y marginalmente inferiores a los de Corea. En 1970 la tasa de alfabetismo para los hombres coreanos fue de 94%, mientras que para los costarricenses sólo de 88%.¹⁹² Adicionalmente, Corea del Norte, su vecino más cercano, permaneció, al igual que Costa Rica, bastante atrás en su nivel de desarrollo. Asimismo, tal como sucedió con Costa Rica, Corea del Sur tuvo que competir con un gigante de la economía regional por cuanto Japón es a Corea, lo que los Estados Unidos es a Costa Rica.

Las comparaciones con Corea podrían repetirse con otros países. La tasa de alfabetismo en 1970 para Malasia fue mucho menor que la de Costa Rica (71% versus 88%), aunque la economía de Malasia era solamente cinco veces mayor que la de Costa Rica en 1960. En 1992 Malasia ha crecido nueve veces en tamaño. Es decir que Malasia, con un nivel inicial de educación inferior al de Costa Rica, fue capaz de crecer más rápidamente.

Las historias exitosas de los países Asiáticos en términos de crecimiento económico sugieren que Costa Rica no ha sacado mayor ventaja de su inversión en capital humano. Uno de los mayores retos para los costarricenses es determinar cómo lograr una mejor utilización de su gran inversión en las personas a fin de lograr un mayor y sostenido crecimiento económico y, sobre todo, la erradicación de la pobreza.

191. Banco Mundial (1995, pp. 166-167).

192. Mehrotra (1994, tabla 5).

Referencias

- Adelman, Irma y Cynthia Taft Morris, *Economic growth and social equity in developing countries*, Stanford University Press, Stanford, Ca., 1973.
- Alesina, A. y R. Perotti, *Income distribution, political instability, and investment*, Working Paper núm. 4486, National Bureau of Economic Research, Cambridge, 1993.
- Asfís Beirute, Luis y Marielos Piedra, "El reto de la cobertura", en Elías Jiménez Fonseca (comp.), *La seguridad social hoy: problemas y perspectivas*, EDNASSS, San José de Costa Rica, 1994.
- ATD Consultores, *La Caja Costarricense del Seguro Social y la contratación privada de servicios de atención ambulatoria integral*, Informe de consultoría presentado a Fiduciaria Transitorias-FINTRA, 1993.
- Badilla, E., "Informática educativa en Costa Rica a partir de 1987". *Revista de Educación*, núm. 15(1), 1991, pp.7-17.
- Baker, Christopher E., Ronald Fernández P. y Samuel Z. Stone, *El gobierno municipal en Costa Rica: sus características y funciones*, Associated Colleges of the Midwest Central American Field Program y La Escuela de Ciencias Políticas-Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1972.
- Banco Interamericano de Desarrollo/Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (BID/PNUD), *Los sistemas de entrega de los servicios sociales en Costa Rica: situación y opciones de reforma*, Informe nacional para el BID, 1992.
- _____, *Reforma social y pobreza: hacia una agenda integrada de desarrollo*, BID/PNUD, Washington, D.C., 1993.
- Banco Mundial, *World development report*, 1989, Oxford University Press, Washington, D.C., 1989.
- _____, *World development report*, 1990, Oxford University Press, Washington, D.C., 1990a.
- _____, *Costa Rica: el gasto público en los sectores sociales*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1990b.
- _____, *Staff appraisal report: Costa Rica base educational rehabilitation project*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1991.
- _____, *World development report*, 1994, Oxford University Press, Washington, D.C., 1994.
- _____, *World development report*, 1995, Oxford University Press, Nueva York, 1995.
- Behrman, J., *An international perspective on schooling investments in some fast-growing eastern and southeastern countries*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1992.
- _____, *Inversión en recursos humanos*, Informe 1993, BID, Washington, D.C., 1993.
- Birdsall, Nancy, David Ross y Richard Sabot, *Inequality and growth reconsidered*, paper delivered at St. Antony's College, Oxford, 1994a.

- Birdsall, Nancy, David Ross y Richard Sabot, *La desigualdad como limitación del crecimiento en América Latina*, documento mimeografiado, 1994b.
- Bulmer-Thomas, Victor, *The political economy of Central America since 1920*, Cambridge University Press, Londres, 1988.
- _____, *La economía política de Centroamérica desde 1920*, Editorial EDUCA/Banco Centroamericano de Integración Económica, San José de Costa Rica, 1989.
- Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), *Proyecto de reforma del sector salud*, CCSS, San José de Costa Rica, 1994.
- _____, *Mecanismos y asignación de recursos*, San José de Costa Rica, CCSS, 1995.
- Caldwell, John C., "Routes to low mortality in poor countries", *Population and development review*, vol.12, núm. 2, 1986, pp. 171-220.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), *Antecedentes estadísticos de la distribución del ingreso: Costa Rica, 1958-1982*, CEPAL, Santiago de Chile, 1987.
- _____, *Transformación productiva con equidad: la tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*, CEPAL, Santiago de Chile, 1990.
- _____, *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta: estudios e informes de la CEPAL*, CEPAL, Santiago de Chile, 1991.
- _____, *Bases para la transformación productiva y generación de ingresos de la población pobre de los países del Istmo Centroamericano*, Cuadernos de Ciencias Sociales núm. 47, FLACSO, San José de Costa Rica, 1992a.
- _____, *El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años noventa*, CEPAL, Santiago de Chile, 1992b.
- _____, *Salud, equidad y capital humano en Centroamérica*, Cuadernos de Ciencias Sociales núm. 72, FLACSO, San José de Costa Rica, 1994a.
- _____, *Panorama social de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1994b.
- _____, *Indicadores sociales básicos de la subregión norte de América Latina y el Caribe: 1950-1994*, CEPAL, México, D.F., 1995a.
- _____, *Indicadores sociales*, CEPAL, México, D.F., 1995b.
- _____, *Panorama social de América Latina*, CEPAL, Santiago de Chile, 1995c.
- CEPAL/UNESCO, *Educación y conocimiento: eje de la transformación*, CEPAL, Santiago de Chile, 1992.
- COOPESALUD, *Programa anual de actividades técnico-administrativas del silos de Pava*, COOPESALUD, 1993.
- Cornia, Andrea, Frances Stewart y Richard Jolly, *Adjustment with a human face*, Oxford University Press, Nueva York, 1987.
- Chenery, Hollis et al., *Redistribution with growth*, Oxford University Press, Londres, 1974.
- Dirección General de Estadística y Censos (DGEC), *Encuesta de ingresos y gastos de los hogares*, Dirección General de Estadística y Censos, San José de Costa Rica, 1988.

- Dreze, Jean y Amartya Sen, *Hunger and public action*, Oxford University Press, Londres, 1991.
- Durán, Fabio, "Seguridad social y privatización de los servicios de salud", vol. 1, núm. 2, 1993, pp. 13-19, (II semestre).
- _____, *Financiamiento de la salud: los retos de la cobertura universal*, documento presentado en la "Reunión Internacional de Expertos en Seguridad Social", Centro de Desarrollo Estratégico para la Seguridad Social, México, D.F., 1995.
- Fiedler, John L. y Félix Rigoli, *The Costa Rican social security fund's alternative models: a case study of the Cooperative-Based, COOPESALUD, Pavas Clinic*, documento presentado a USAID, 1991.
- Fields, G., *Poverty, inequality and development*, Cambridge University Press, Nueva York, 1980.
- Fischel, Ariel, *Consenso y represión: una interpretación sociopolítica de la educación costarricense*, Editorial Costa Rica, San José de Costa Rica, 1990.
- Fonseca, C., *Computadoras en la escuela pública costarricense: la puesta en marcha de una decisión*, Serie Educación e informática núm. 1, Fundación Omar Dengo, San José de Costa Rica, 1991.
- Fukuyama, Francis, *Social spending in Latin America: the story of the 1980s*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1990.
- _____, *Gasto público y desarrollo social en Costa Rica*, Cuadernos de Política Económica núm. 2, Universidad Nacional, Heredia-Costa Rica, 1991.
- _____, *La política social en tiempos de ajuste*, documento mimeografiado, 1992a.
- _____, *From platitudes to practice: targeting social programs in Latin America, volume II: case studies*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1992b.
- _____, *The social virtues and the creation of prosperity*, The Free Press, Nueva York, 1995.
- Garnier, Leonardo y Roberto Hidalgo, "El estado necesario y la política de desarrollo", en Leonardo Garnier, Roberto Hidalgo, Guillermo Monge *et al.* (comps.), *Entre la ilusión y la desesperanza: una alternativa para el desarrollo de Costa Rica*, Ediciones Guayacán, San José de Costa Rica, 1991.
- Garnier, Leonardo, Rebeca Grinspan, Roberto Hidalgo, Guillermo Monge y Juan Diego Trejos, *El desarrollo social en Costa Rica durante la segunda mitad del siglo XX*, documento preparado para la UNICEF, 1995.
- González-Vega, Claudio y Víctor Céspedes, "Costa Rica", en Simon Rottenberg (comp.), *The political economy of poverty, equity, and growth*, Banco Mundial/Oxford University Press, Oxford, Nueva York, Toronto, 1991.
- Grosh, Margaret, *Administering targeted social programs in Latin America: from platitudes to practice*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1994.
- Guendel, Ludwig y Juan Diego Trejos, "Reformas recientes en el sector salud en Costa Rica", *Serie Foro de Salud Pública*, núm.1, 1992, p. 1.

- Guendel, Ludwig y Juan Diego Trejos, "Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica", *Serie Reformas de Política Social*, núm. 18, 1994.
- Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas (IICE), *Estudio del sector público: el desarrollo económico de Costa Rica*, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1988a.
- _____, *Evolución de la crisis económica en Costa Rica y su impacto sobre el nivel de pobreza*, documento mimeografiado-informe final para discusión, San José de Costa Rica, 1988b.
- Jaramillo, Juan, Cuauhtémoc Pineda y Guillermo Contreras, "Atención primaria de salud en zonas urbanas marginales: el modelo de Costa Rica", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, septiembre de 1984, pp. 189-198.
- Jiménez, Ronulfo y Víctor Hugo Céspedes, "Costa Rica: cambio estructural y situación social durante la crisis y la recuperación", en Claudio González-Vega y Edna Camacho Mejía (comps.), *Políticas Económicas en Costa Rica*, volumen II, Academia de Centroamérica, San José de Costa Rica, 1990.
- Jiménez, C. W., *Génesis del gobierno de Costa Rica: a través de 160 años de vida independiente: 1821-1981*, EDUCA, San José de Costa Rica, 1986.
- López Gutiérrez, Santiago, "Origen y características de la democracia costarricense", *Revista de Costa Rica*, núm. 3, 1975.
- Marín, Oscar, *Régimen municipal, volumen I*, Universidad Estatal a Distancia (UNED), San José de Costa Rica, 1987.
- Martínez, D. y J. Wurgaft, "Fondos de inversión social: situación y perspectivas", en R. Infante (comp.), *Deuda social, desafío de la equidad*, OIT, Santiago de Chile, 1993.
- Matarrita, M., "El desarrollo de la educación primaria en Costa Rica: la reforma liberal, 1886-1931", en Carmen Lila (comp.), *Las Instituciones Costarricenses del siglo XX*, Editorial Costa Rica, San José de Costa Rica, 1986.
- Mehrotra, Santosh, *Social development in selected countries: an overview*, documento mimeografiado, UNICEF, Nueva York, 1994.
- Memorias del Ministerio de Salud (MINSAL), Varios años.
- Mesa-Lago, Carmelo, *Seguridad social y pobreza*, Latin American reprint series núm. 19, Center for Latin America Studies, University Center for International Studies, University of Pittsburgh, 1983.
- _____, "La seguridad social en América Latina", *Progreso económico y social en América Latina*, Informe 1991, BID, Washington, D.C., 1991.
- _____, *Atención de salud para los pobres en la América Latina y el Caribe*, Publicación Científica núm. 539, Organización Panamericana para la Salud/Fundación Interamericana, 1992.
- _____, *Changing social security in Latin America*, Lynne Rienner Publishers, Boulder, Co. y Londres, 1994.

- Ministerio de Educación Pública (MEP), *Informaciones preliminares para el diagnóstico de la situación del sistema educativo costarricense, tomos I y II*, Oficina de Planeamiento Integral de la Educación, San José de Costa Rica, 1964.
- _____, *Algunos criterios y recomendaciones para la elaboración de los planes de estudio y programas de enseñanza*, Oficina de Planeamiento Integral de la Educación, San José de Costa Rica, 1970.
- _____, *Plan nacional de desarrollo educativo*, MEP, San José de Costa Rica, 1971.
- _____, *Plan nacional de desarrollo educativo: programación*, MEP, San José de Costa Rica, 1973a.
- _____, *Plan nacional de desarrollo educativo: los grandes objetivos*, MEP, San José de Costa Rica, 1973b.
- Ministerio de Educación Pública (MEP), *Plan nacional de desarrollo educativo: taller seminario de revisión*, MEP, San José de Costa Rica, 1973c.
- _____, *Programa de Salud para Comunidades Rurales de Costa Rica*, MEP, San José de Costa Rica, 1976.
- _____, *La educación en Costa Rica*, MEP, OFIPLAN, Presidencia de la República, San José de Costa Rica, 1979a.
- _____, *Informe sobre el avance del plan de regionalización del sistema educativo*, MEP, San José de Costa Rica, 1979b.
- _____, *Información general sobre la educación técnica profesional en Costa Rica*, MEP, San José de Costa Rica, 1979c.
- _____, *El gasto público en los sectores sociales, 1975-1991*, Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, San José de Costa Rica, 1991.
- _____, *Indicadores económicos y estadísticos de la educación en Costa Rica*, MEP, San José de Costa Rica, 1994.
- Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN), *Costa Rica: diferencias geográficas en el nivel de desarrollo social*, MIDEPLAN/MEP, San José de Costa Rica, 1987.
- _____, *Costa Rica: estimaciones y proyecciones de población 1950-2025*, MIDEPLAN, San José de Costa Rica, 1988.
- Ministerio de Salud, *Programa de Salud para Comunidades Rurales de Costa Rica*, San José de Costa Rica, 1976.
- Miranda, Guido, *La seguridad y el desarrollo social en Costa Rica-II edición*, ED-NASSS/CCSS, San José de Costa Rica, 1994.
- Miranda, Guido, "La salud en Costa Rica", *Serie documentos de trabajo núm. 3*, PNUD, San José de Costa Rica, 1995.
- Monge, C. y F. Ríos, *La educación: fragua de nuestra democracia*, Editorial Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1984.
- Montiel, N., *Estudio econométrico de la ficha SISBEN*, informe de consultoría no publicado presentado al Instituto Mixto de Ayuda Social, San José de Costa Rica, 1995.
- Mora Agüero, Jorge, *La organización comunal y DINADECO*, Instituto Costarricense de Estudios Sociales, San José de Costa Rica, 1989.

- Mora Agüero, Jorge, *Las juntas progresistas: organización comunal autónoma costarricense: 1921-1980*, Fundación Friedrich Ebert, San José de Costa Rica, 1991.
- Morley, Samuel A. y Carola Alvarez, *Poverty and adjustment in Costa Rica*, Working Paper núm. 123, BID, Washington, D.C., 1992a.
- _____, *Poverty and adjustment in Costa Rica*, preliminary draft-Department of Development Studies, BID, Washington, D.C., 1992b.
- Muller, Edward N., *Egalitarian and inegalitarian consequences of development and democracy*, annual meeting of the 'American Political Science Association', Nueva York, 1994.
- Nickson, R. Andrew, *Local government in Latin America*, Lynne Reinner Publishers, Boulder, Co., 1995.
- Oficina de Planificación Nacional y Política Económica (OFIPLAN), *La Costa Rica del año 2000*, versión preliminar, tomo III, OFIPLAN, San José de Costa Rica, 1977.
- Papert, S., *The children's machine: rethinking school in the age of the computer*, Edited Basic Books, , Nueva York, 1993.
- Peeler, John, *Latin American democracies: Colombia, Costa Rica and Venezuela*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1985.
- Picado, X., *El Programa de Comedores Escolares: análisis evaluativo de una política social*, documento de trabajo, núm. 105, San José de Costa Rica, 1987.
- Piñera, S., *¿Se benefician los pobres del crecimiento económico?*, CEPAL, Santiago de Chile, 1979.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *América Latina, el reto de la pobreza: características, evolución y perspectivas*, Editorial Presencia/Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza, Santafé de Bogotá, 1992.
- _____, *Informe sobre desarrollo humano 1993*, Artes Gráficas Toledo, Madrid, 1993.
- _____, *Informe sobre desarrollo humano*, 1994, Fondo de Cultura Económica, México, D.F., 1994.
- _____, *Informe sobre desarrollo humano*, 1995, Harla S.A., México, D.F., 1995.
- Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC), *La deuda social en Costa Rica*, Guadiseños/Programa Mundial del Empleo de la OIT, San José de Costa Rica, 1990.
- _____, *Costa Rica, políticas para pagar la deuda social: empleo, salarios y gasto social*, PREALC, Santiago de Chile, 1992.
- Psacharopoulos, George *et al.*, *Poverty and income distribution in Latin America: the story of the 1980's*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1993.
- Putnam, Robert D., *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, Princeton, 1993.
- Quesada, J. R., "Democracia y educación en Costa Rica", *Revista de Ciencias Sociales*, núm. 48, 1990, pp. 41-58.
- Raczynski, Dagmar, "Descentralización y políticas sociales: lecciones de la experiencia chilena y tareas pendientes", *Colección de Estudios CIEPLAN*, núm. 31, 1991, pp. 141-152.

- Rama, G., *A la búsqueda del siglo XXI: nuevos caminos de desarrollo en Costa Rica, informe de la Misión Piloto del Instituto del Programa Reforma Social del BID*, documento mimeografiado, 1994.
- Rodríguez, A. y S. Smith, "A comparison of determinants of urban, rural and farm poverty in Costa Rica", *World Development*, vol. 22(3), 1994.
- Rodríguez, M., *Medición de la pobreza*, tesis no publicada y presentada a la Universidad de Costa Rica, 1992.
- _____, "Educación y sociedad", *El significado de la legislación social de los cuarenta en Costa Rica*, Ministerio de Educación Pública, San José de Costa Rica, 1993.
- Rodríguez, J., *Cronología de la educación costarricense 1575-1992*, Centro de Investigación y Docencia en Educación de la Universidad Nacional, Heredia-Costa Rica, 1992.
- Rodrik, D., "King Kong meets Godzilla: the World Bank and the East Asian miracle", en Albert Fislow *et al.* (comp.), *Miracle or design: lessons from the East Asian experience*, Overseas Development Council, Washington, D.C., 1994.
- Rosenberg, Mark, *Las luchas por el seguro social en Costa Rica*, Editorial Costa Rica, San José de Costa Rica, 1983.
- Rosero-Bixby, Luis, "Las Políticas socio-económicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense", *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*, Asociación Costarricense de Demografía, San José de Costa Rica, 1984.
- _____, "Determinantes del descenso de la mortalidad en Costa Rica", *Demografía y epidemiología en Costa Rica*, Asociación Costarricense de Demografía, San José de Costa Rica, 1985a.
- _____, "Demografía y epidemiología en Costa Rica", *Asociación demográfica costarricense*, Asociación Demográfica Costarricense, San José de Costa Rica, 1985b.
- _____, "Studies of the Costa Rican model I: peace, health and development", *Peace, health and development*, núm. 4, 1991, pp. 47-58.
- Rosero-Bixby, Luis y Leonardo Mata, *National health and social development in Costa Rica: a case study of intersectoral action*, technical paper núm. 13, OPS/OMS, Washington, D.C., 1988.
- Sáenz, Lenín, *Logros de una política e impacto de una crisis en la salud de un país*, Ministerio de Salud/Unidad Sectorial de Planificación, San José de Costa Rica, 1989.
- Sanguinetti, Jorge A., *La educación general en Costa Rica: la crisis y sus posibles soluciones*, Development Technologies, San José de Costa Rica, 1988a.
- _____, *La salud y el seguro social en Costa Rica*, Development Technologies/Pragua Corporations, San José de Costa Rica, 1988b.
- Sauma, P. y J. D. Trejos, *Evolución reciente de la distribución del ingreso en Costa Rica: 1977-1986*, documento de trabajo núm.132, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica, San José de Costa Rica, 1990.

- Sauma, P. y A. Hoffmaister, "Una aproximación a los determinantes y características principales de la pobreza en Costa Rica", *Revista Ciencias Económicas*, vol. IX(1-2), 1989, pp. 95-110.
- Segunda Vicepresidencia, *Plan nacional de combate a la pobreza: por una Costa Rica integrada por las oportunidades*, documento mimeografiado, San José de Costa Rica, 1994.
- Seligson, Mitchell A. y John Passé-Smith, *Development and underdevelopment: the political economy of inequality*, Lynne Reinner, Boulder, Co., 1993.
- Seligson, Mitchell A. y Ricardo Córdova, *El Salvador: de la guerra a la paz, una cultura política en transición*, IDELA/FUNDAUNGO, San Salvador, 1995.
- Seligson, Mitchell A. y Edward N. Muller, "Democratic stability and economic crisis: Costa Rica, 1978-1983", *International studies quarterly*, núm. 31, 1987, pp. 301-326.
- _____, "Estabilidad democrática y crisis económica: Costa Rica, 1978-1983", *Anuario de estudios centroamericanos*, vol.16-17(2), 1990, pp. 71-92.
- Serra Canales, Jaime y Gonzalo Ramírez Guier, "La experiencia del programa de salud en la comunidad 'Hospital sin Paredes'", 1985.
- Sirowy, Larry y Alex Inkeles, "The effects of democracy on economic growth and inequality", en Alex Inkeles (comp.), *On Measuring democracy: its causes and concomitants*, Transaction, New Brunswick, 1991.
- Sojo, Ana, "Naturaleza y selectividad de la política social", *Revista de la CEPAL*, núm. 41, 1990.
- _____, *Experiencias recientes de selección de beneficiarios en Costa Rica: una evaluación del SISBEN*, documento LC/R:1476, CEPAL, Santiago de Chile, 1994a.
- _____, *Política Social en Costa Rica: reformas recientes*, Cuadernos de Ciencias Sociales núm. 67, FLACSO, San José de Costa Rica, 1994b.
- Soto, B. O., *La educación en Centroamérica*, ODECA, San Salvador, 1968.
- Taylor-Dormond, Marvin, "The state and poverty in Costa Rica", *CEPAL Review*, núm. 43, 1991a, pp. 131-148.
- _____, "El estado y la pobreza en Costa Rica", *Revista de la CEPAL*, núm. 43, 1991b, pp. 133-150.
- Tomic, Blas, *Descentralización y participación popular: la salud rural en Costa Rica*, monografía núm. 34, OIT, Programa para América Latina y el Caribe, San José de Costa Rica, 1983.
- Trejos Quirós, José Francisco, *Origen y desarrollo de la democracia en Costa Rica*, Editorial Trejos y Hnos., San José de Costa Rica, 1939.
- Trejos, Juan Diego, *Pobreza y política social en Costa Rica*, documento núm. 1, Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza en América Latina (RLA-/86/004)/Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, San José de Costa Rica, 1990.

- Trejos, Juan Diego, "La política social y la valorización de los recursos humanos", en L. Garnier, R. Hidalgo, G. Monge *et al.* (comps.), *Entre la ilusión y la desesperanza: una alternativa para el desarrollo de Costa Rica*, Ediciones Guayacán, San José de Costa Rica, 1991.
- _____, *Focalización y pobreza: nuevas tendencias en la política social*, PNUD/CEPAL, Santiago de Chile, 1992a.
- _____, "Costa Rica: los comedores escolares", en Margaret E. Grosh (comp.), *From plattitudes to practice: targeting social programs in Latin America*, vol. II, Banco Mundial, Washington, D.C., 1992b.
- _____, *La pobreza en Costa Rica: una síntesis cuantitativa*, documento de trabajo, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, San José de Costa Rica, 1995.
- Trejos, Juan Diego, Adrián Rodríguez, Inés Sáenz y Xinia Picado, *La lucha contra la pobreza en Costa Rica: instituciones, recursos y programas*, documento de trabajo núm. 181, Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, San José de Costa Rica, 1994a.
- _____, *Estrategias para combatir la pobreza en Costa Rica: programas, instituciones y recursos*, Serie de documentos de trabajo núm. 193, BID, Washington, D.C., 1994b.
- Trejos, Juan Diego, L. Garnier, R. Hidalgo *et al.*, *Sistemas de entrega de los servicios sociales: una agenda para la reforma en Costa Rica*, Serie de documento de trabajo núm. 153, BID, Washington, D.C., 1993.
- Ugalde, Antonio, "The delivery of primary health care in Latin America during times of crises: issues and policies", en Connie Weill y Joseph Scarpaci (comps.), *Health and health care in Latin America*, Iowa International Papers, Iowa, 1992.
- UNICEF, *The state of the world's children*, Oxford University Press, Nueva York, 1989.
- Vanhnen, Tatu, *Political and social structures, part I: American Countries 1850-1973*, University of Tampere-Tampere, Finland, 1975.
- Vargas, William, *Evolución y características de los servicios de salud y nutrición para comunidades urbanas y rurales de Costa Rica*, Caja Costarricense del Seguro Social, Departamento de Medicina Preventiva, 1993.
- Wurgafit, J., *Fondos de inversión social en América Latina*, PREALC/OIT, Santiago de Chile, 1993.
- Zamora, Carlos Alberto y Luis Bernardo Sáenz, *Variaciones de los servicios de salud bajo diferentes modalidades de gestión*, San José de Costa Rica, Centro de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá/Caja Costarricense del Seguro Social, 1995.
- Zelaya, Chester, Oscar Aguilar Bulgarelli, Daniel Camacho, Rodolfo Cerdas y Jacobo Schifter, *¿Democracia en Costa Rica?*, Editorial Universidad Estatal a Distancia-UNED, San José de Costa Rica, 1978.
- Zuvekas Jr., Clarence, *Costa Rica: the effects of structural adjustment measures on the poor, 1982-1990*, staff working papers núm. 5, Bureau for Latin America and the Caribbean, United States Agency for International Development, Washington, D.C., 1992.

ISBN 9978-40-300-0

Reducción de la pobreza en Costa Rica: el impacto de las políticas públicas



Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo