



IICE

Instituto de Investigaciones
en Ciencias Económicas
Universidad de Costa Rica



Programas de las Naciones Unidas
para el Desarrollo

REDUCCION DE LA POBREZA EN COSTA RICA: EL IMPACTO DE LAS POLITICAS PUBLICAS

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

*Serie Divulgación Económica N° 51
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio*

Julio 1996

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas

PNUD
Proyecto Mitigación de la Pobreza y Desarrollo Social

***Reducción de la Pobreza en Costa Rica:
El Impacto de las Políticas Públicas***

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

**Serie Divulgación Económica N° 51
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio**

Julio 1996

PRESENTACION

El Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica (IICE) tiene una vasta y rica tradición en el estudio del fenómeno de la pobreza y de las políticas para su superación. En esta trayectoria se complementa el análisis de corto plazo con las investigaciones de un mayor horizonte temporal. El estudio que nos complace presentar se inscribe en esta última perspectiva. Este analiza, con una visión de largo plazo, el papel exitoso que han jugado las políticas públicas en la reducción de la pobreza de nuestro país.

Esta investigación fue auspiciada por el Proyecto Regional del PNUD "Mitigación de la Pobreza y Desarrollo Social" (RLA/92/009), al cual agradecemos la autorización concedida al IICE para publicarlo, en especial a sus personeros Osvaldo Hurtado y José Vicente Zevallos, Asesor General y Coordinador respectivamente del Proyecto Regional. Con ello podemos hacer llegar, a un público local más amplio, los resultados de esta importante investigación.

El estudio fue coordinado por Mitchel A. Seligson, profesor de la Universidad de Pittsburgh, quién a su vez redactó la introducción, colaboró en la sección primera y fue el responsable de la tercera sección del documento (Explicaciones del éxito de Costa Rica en la Reducción de la Pobreza). Juliana Martínez, también de la Universidad de Pittsburgh, tuvo a su cargo la sección 2.1 relativa a las Políticas de Salud. Juan Diego Trejos, investigador del IICE, preparó la primera versión de la sección primera (La Magnitud de la Pobreza en Costa Rica: 1960-1984) y fue el responsable de las secciones 2.2. (Las Políticas de Educación Básica) y 2.3. (El Financiamiento de las Políticas Selectivas contra la Pobreza). Juliana Martínez y Juan Diego Trejos, fueron los responsables de la edición final de este documento sobre la base de la edición preparada por la señora Caterina Valero Alemán, consultora regional del PNUD.

Creemos que el trabajo que hoy presentamos será, sin duda, de gran utilidad para todos aquellos interesados en los problemas de pobreza y en su eventual erradicación. El trabajo ofrece elementos sobre formas exitosas de enfrentamiento y en esa dirección permite derivar lecciones de política aún para otros países con características económicas similares, pero con un menor desarrollo social.



M.Sc. Anabelle Ulate Quirós
Directora

INDICE

Presentación

1. La Magnitud de la Pobreza en Costa Rica: 1960-1994.	3
2. Los mecanismos centrales para la reducción de la pobreza.	13
2.1 Las Políticas de Salud	14
2.1.1 Los logros	15
2.1.2 Las etapas de las políticas públicas.	17
2.1.3 Programas	23
2.1.4 Lecciones de las políticas costarricenses de salud	41
2.2 Las Políticas de Educación Básica	45
2.2.1 Los logros de la política de educación básica	46
2.2.2 Las etapas de la universalización de la educación primaria	50
2.2.3 El Programa de Informática Educativa (PIE)	61
2.2.4 Lecciones de la política costarricense de educación básica	66
2.3 El financiamiento de las políticas selectivas contra la pobreza	76
2.3.1 Génesis y Organización	78
2.3.2 Recursos movilizados y vulnerabilidad	82
2.3.3 Programas financiados y flexibilidad	85
2.3.4 Eficiencia y Equidad.	88
2.3.5 Lecciones de financiamiento de las políticas selectivas.	90
3. Explicaciones del éxito de Costa Rica en la reducción de la pobreza	91
Anexos	98
Bibliografía	102

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 1a: Costa Rica Estimación de la Distribución del Ingreso de los Hogares: 1961-1992	7
Cuadro No. 1b: Fuentes de la Distribución del Ingreso Familiar en Costa Rica	8
Cuadro No. 2: Tasa de mortalidad infantil en los cantones agrupados según cobertura media de los programas de salud rural y comunitaria	20
Cuadro No. 3: Evolución de los recursos movilizados por el sector salud, 1950-1990	21
Cuadro No. 4: Costa Rica: Tasas analfabetismo por sexo y zona. Población de 10 años o más de edad	48
Cuadro No. 5: Costa Rica: Años promedio de educación de la población de 10 años y más	53
Cuadro No. 6: Tasas netas de asistencia o escolaridad neta por zona y sexo para algunos grupos de edad: Porcentaje de la población de cada edad que asiste a algún centro educativo	56
Cuadro No. 7: Costa Rica: Evolución de los Recursos Movilizados por el Sector Público en el Area Social: 1950-1990	76
Cuadro No. 8: Costa Rica: Algunos indicadores sobre la evolución de los recursos del FODESAF, 1975-1993	84
Cuadro No. 9: Costa Rica: Algunos indicadores sobre los programas financiados con recursos del FODESAF, 1975/1993	86
Cuadro No. 10: Estimación del Porcentaje de Recursos del FODESAF que llega a la Población Pobre: 1983/1992	89

INDICE DE FIGURAS

Figura No. 1: América Central: Evolución del Producto Per cápita 1920-1994	4
Figura No. 2: Costa Rica: Evolución de la pobreza y del producto percápita 1950-1994	9
Figura No. 3: Costa Rica: Evolución de la pobreza, el salario real y el desempleo, 1980-1994	12
Figura No. 4: Esperanza de vida al nacer en Costa Rica en perspectiva comparativa 1870-1990	16
Figura No. 5: Evolución de la mortalidad infantil observada y esperada en correspondencia con el desarrollo económico y social, 1950-1990	17
Figura No. 6: Alfabetismo como porcentaje de la población de 10 años o más, 1850-1990	46
Figura No. 7: PIB de Centroamérica 1920-1991 (1970 precios, 100 millones de dólares)	49
Figura No. 8: Costa Rica: Acceso a la educación 1910-1990	52
Figura No. 9: Costa Rica: Mujeres de 20 a 34 años con primaria completa 1910-1990.	71
Figura No. 10: Sector de Educación: Indicadores sobre recursos públicos asignados 1910-1990	75
Figura No. 11: Costa Rica: Evolución del gasto real del FODESAF 1975-1994	83
Figura No. 12: Orgullo del propio sistema político: Centro América, 1991/92.	94
Figura No. 13: Relaciones causales entre gobierno local y nacional	96

aquellos con mayor educación (Zuvekas Jr., 1992, p. 8).⁹ Para el período 1980-1990, Zuvekas recolectó no menos de ocho series temporales midiendo la reducción de la pobreza, incluyendo las series del Banco Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, FLACSO, el Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica así como de la CEPAL. Sobre esta base, Zuvekas observa que sólo los datos 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 tienen características particulares. El primero (1981) es el 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 DGEC y MIDEPLAN muestran incrementos temporales en la pobreza dentro del marco de una tendencia general declinante (Zuvekas Jr., 1992, p. 11). Un estudio del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) 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. (Morley y Alvarez, 1992).

Información detallada sobre la evolución de la pobreza en Costa Rica en años más recientes se muestra en la Figura 3.¹⁰ Estos datos, en combinación con los datos presentados en la Figura 2, revelan una clara tendencia a la reducción de la pobreza, lo cual apoya la conclusión de Sen. Considérese la línea de la pobreza presentada en la Figura 3. La línea comienza en 1980, antes de que la crisis económica se hubiera manifestado, a un nivel de solamente la mitad de 1961. La pobreza creció en 1982-83 sustancialmente con la expansión de la crisis económica y rápidamente disminuyó en los años que siguieron inmediatamente, de forma tal que para 1987 el nivel de pobreza era aún 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 decendiendo a partir de 1992, alcanzando su

⁹ Zuvekas basó su análisis en estudios de la Academia de Centroamérica (Jiménez y Céspedes, 1990).

¹⁰ La Encuesta Continua de Hogares es la que 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 (ver figura 2).

Reducción de la Pobreza en Costa Rica: el Impacto de las Políticas Públicas

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

Existen dos interpretaciones posibles 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 ha sido exitoso en la reducción de la pobreza. En cambio, un exámen 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 los 73 años, cifra comparable a las de la mayoría de los países europeos" y que en los setentas "la disminución de la mortalidad infantil en un 70 por ciento durante una sóla década (de 63 a 19 muertes por cada mil nacimientos vivos) podría ser un record de todos los tiempos, tanto más impresionante si se considera que se partió de un nivel de mortalidad relativamente bajo" (Drèze y Sen, 1991, p. 240-244).¹ Aún en términos de pobreza según ingreso, esta visión favorable es sostenida por autores como Piñera (1979), Fields (1980), Morley y Alvarez (1992) y Pracharopoulos, et.al (1993) para distintos períodos.

Datos recientes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) llevan a la segunda interpretación en su *Panorama Social de América Latina* (1994), Costa Rica no aparece en la lista de los seis países latinoamericanos² que han

*Mitchell A. Seligson es Profesor de Ciencias Políticas en la Universidad de Pittsburgh; Juliana Martínez es candidata al doctorado en el Departamento de Sociología en la misma Universidad y Juan Diego Trejos es Profesor de Economía e Investigador del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica.

¹Traducción no oficial del texto original en inglés.

²Argentina, Bolivia, Chile, México, Uruguay y Venezuela.

logrado reducir los índices de pobreza por ingreso a principios de la presente década. Además este informe señala que la pobreza en este país creció en 1992 en relación al año 1980 (CEPAL, 1994b: 5, 17-20). Estas cifras parecen contradecir la evaluación de Sen, pero en realidad reflejan tiempos e indicadores distintos.

Los datos presentados en este informe demuestran que una perspectiva de largo plazo como la de Sen es más adecuada para juzgar el grado de éxito de Costa Rica, en su lucha contra la pobreza. Aunque a continuación se presenta abundante información empírica que apoya esta perspectiva, debe observarse que nuestra propia lectura de los datos de la CEPAL corrobora el análisis de Sen. En los cuadros incluidos en el apéndice del informe 1994 de la CEPAL se observa que para los 13 países con datos disponibles para los noventa, el nivel de pobreza en Costa Rica para 1990 (24%) fue mucho menor que en el resto de los países y aún bastante menor que el promedio para América Latina en general (39%).³ De ahí que solo una interpretación de corto plazo puede llevar a la exclusión de Costa Rica de la lista de países con historias exitosas en la lucha contra la pobreza. Aún más, nuestro informe sostiene que el caso de Costa Rica debería ser considerado por otros países como un modelo a seguir debido a que ha alcanzado una reducción sustancial en los niveles de pobreza (medidos por la línea de la pobreza, y especialmente por la satisfacción de necesidades básicas), aún cuando todavía permanece, al igual que otros países centroamericanos, con una economía basada en la exportación de productos agrícolas. En consecuencia, las lecciones del caso costarricense son relevantes para otros países pequeños en América Central y el Caribe.

Este informe se desarrolla en tres partes: la primera considera la magnitud de la reducción de la pobreza, la segunda parte considera los mecanismos centrales para la reducción de la pobreza, y en la tercera parte se concluye con una explicación sobre la motivación para la reducción de la pobreza en Costa Rica. Se comienza con una revisión general de los datos de pobreza y de la magnitud de su reducción a lo largo del tiempo. La base de datos de pobreza en Costa Rica que se utiliza cubre el período

³ Argentina y Uruguay probablemente tienen niveles de pobreza menores, pero los últimos datos de la CEPAL para estos países a nivel nacional corresponden a 1986

1961-1994 y es, hasta donde se sabe la más completa hasta ahora recopilada. Luego, el informe se centra en los principales mecanismos para la reducción de la pobreza, específicamente en dos sectores que se consideran claves en el caso costarricense: salud y educación. Asimismo incluye un análisis de los mecanismos de financiamiento de las políticas contra la pobreza en Costa Rica desde los setentas. El análisis se desplaza entonces de estos logros a una explicación tentativa de los factores sociales y políticos de largo plazo que motivaron a los costarricenses a emprender políticas exitosas contra la pobreza.

1. La 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, el país tiene ingresos en la categoría bajo-medio, con un PIB per cápita de \$ 1,960 en 1992, lo que representa el 8.8 por ciento del ingreso per cápita de los países industrializados (World Bank, 1994, p. 163).⁴ Las comparaciones con las potencias industriales no arrojan mucha luz en este caso, de ahí que aquéllas con los 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 (Bulmer-Thomas, 1989).⁵ Como se indica en la Figura 1, en los años veintes Costa Rica era un país muy pobre, con un PNB per cápita (en dólares de 1970) de solamente \$284, diferenciándose escasamente del resto de los países en la región. Sin embargo a partir de mediados de los cuarentas, y mucho más marcadamente en los inicios de los años cincuentas.

⁴ En términos del PIB real, cuando el método PPP (Purchasing Power Parities) 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 PPP, el ingreso de Costa Rica en 1992 fue de \$5.550, comparado a \$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 el método PPP es utilizado, aquí seguiremos con el método del tipo de cambio, que es universalmente utilizado.

⁵ Las series de Bulmer-Thomas llegan hasta 1984. Estas se extendieron hasta los noventas utilizando las estimaciones más recientes de la CEPAL.

Costa Rica comenzó a diferenciarse de sus vecinos y a experimentar un fuerte crecimiento de su PNB per cápita. Para 1994, este duplicó el de Guatemala, su competidor más cercano en América Central, y fue cuatro veces el de Nicaragua, el país más pobre en la región en estos momentos. Adicionalmente, la Figura 1 muestra claramente que aunque el PNB per cápita de Costa Rica declinó a comienzo de los años ochentas, como una consecuencia de la crisis económica, éste comenzó rápidamente a recuperar el terreno perdido y para 1994 había superado el máximo

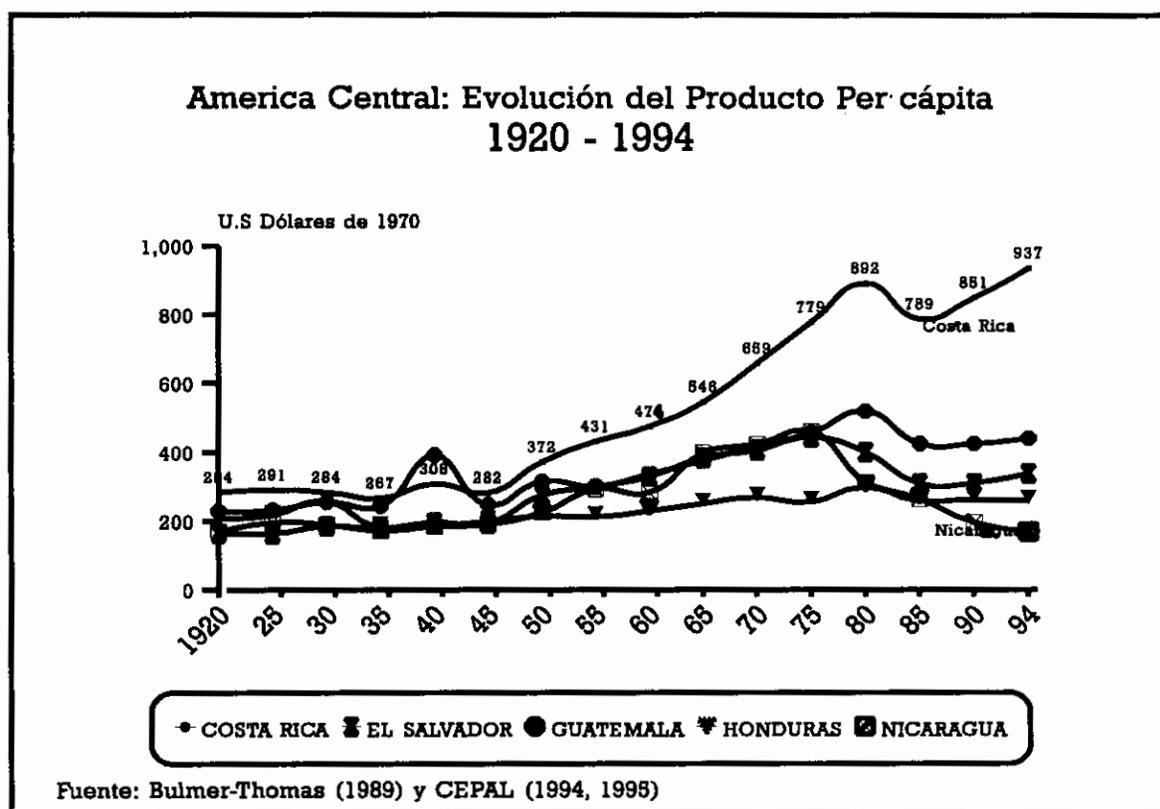


Figura 1

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 \$170, alcanzando el monto vigente en 1920. En términos de ingreso promedio, Costa Rica ha logrado niveles muy superiores al resto de América Central.

El crecimiento económico, sin embargo, no garantiza la reducción de la pobreza; por el contrario, en muchos casos el crecimiento económico puede afectar negativamente a algunos sectores y grupos de la población. A nivel mundial, existe una 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 desigualdades durante las etapas más tempranas del crecimiento económico de un país, debido a que las consecuencias distributivas y redistributivas, aún no han sido alcanzadas.⁶ 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 un fuerte crecimiento económico. 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 último análisis podría decirse que la insurgencia y las guerras de los ochentas fueron producidas por una privación relativa creciente.

A diferencia de otros países centroamericanos, en Costa Rica el crecimiento económico y el uso de una política estatal con énfasis en la inversión en capital humano, especialmente en salud y educación, ha permitido una reducción sistemática de la desigualdad y de la pobreza. De acuerdo a un análisis de Taylor-Dormond, (1991: p. 133), la intervención del Estado en Costa Rica ha tenido el efecto de disminuir "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 fundamental para la estabilidad social y el ejercicio de la democracia en Costa Rica"

El dato más antiguo en la distribución del ingreso en Costa Rica corresponde a 1961. Desafortunadamente, para ese año, los datos existentes sólo incluyen el Área Metropolitana, sin considerar el área rural costarricense. Los datos aquí presentados corresponden a una estimación realizada por la CEPAL (1987) para el conjunto del país

⁶ Para una explicación de la teoría de Kuznets, así como de evidencia empírica en apoyo de esta teoría, ver Seligson y Passé-Smith (1993).

a partir de una información base, por lo que los datos deben tomarse con cautela. A pesar de esta limitación, en 1961 la distribución del ingreso en Costa Rica fue bastante desigual; el 20 por ciento superior de la población obtuvo el 60% del ingreso. Esta cifra es menor que la de El Salvador (61%) y del Brasil (62%). Una década después, para la cual tenemos datos a nivel nacional, el 20 por ciento superior de la población en Costa Rica sólo obtuvo 51%, mientras que en Nicaragua llegó al 60%. De ahí que para 1970 la desigualdad del ingreso en Costa Rica, que hasta entonces había seguido un patrón similar a aquel de los países del Tercer Mundo en 1961, se parece más a la distribución existente en los países industriales tales como los Estados Unidos, en los que en 1960 el 20 por ciento más rico obtuvo el 44% del ingreso.⁷ Desde 1971, la distribución del ingreso del 20 por ciento más rico en Costa Rica no ha cambiado mucho, disminuyendo ligeramente al 49% en 1992 (último año para el cual existen cifras). Los datos de la distribución del ingreso en Costa Rica se resumen en el Cuadro 1a. Los datos más recientes del Banco Mundial (World Bank, 1994) para América Central muestran que Costa Rica se ha distanciado dramáticamente de sus vecinos centroamericanos. Las cifras del quintil superior son 63.5% para Honduras y para Guatemala 63%.⁸

⁷ Los datos sobre la distribución del ingreso están bastante difundidos. Una base de datos comprensiva puede encontrarse en Muller (1994).

⁸ Un buen indicador y para algunos la mejor expresión de la distribución global del ingreso es la porción del ingreso para 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 (ver Cuadro 1a para los años restantes). Aquellos interesados en el estudio de la pobreza, algunas veces se centran en el 10 por ciento o en el 20 por ciento inferior. Se considera que estas cifras no son lo suficientemente confiables como para permitir conclusiones firmes; los individuos en el 20% inferior, aún en los países del Primer Mundo, ganan solamente una pequeña proporción del ingreso y en consecuencia una diferencia de un punto de porcentaje, aunque dentro del margen de error estadístico, podría significativamente cambiar la proporción del ingreso ganada por los grupos más pobres. Por ejemplo, las cifras más recientes del Banco Mundial para los Estados Unidos, indican que el 20% inferior ganó el 4.7% del ingreso, mientras que la cifra para Costa Rica es 4.9% (ver cuadro 1a). 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 del éxito obtenido por Japón, donde el 20% inferior ganó el 8.7% del ingreso. (World Bank, 1994, p. 221)

Cuadro 1a

**Costa Rica: Estimación de la Distribución Del Ingreso
de los Hogares: 1961- 1992**

Quintiles	1961	1971	1983	1986	1988*	1992*
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
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Coefficiente de Gini	0.50	0.43	0.45	0.44	0.42	0.43
Ingreso Medio Mensual						
Colones corrientes	872	1175	13475	22282	28071	69554
Colones de 1992	48989	52455	59572	67135	61024	69554

* No incluyen alquiler imputado.

Fuente: ver cuadro 1b.

Cuadro 1b

Fuentes de la Distribución del Ingreso Familiar en Costa Rica

Investigación	Organismo Ejecutor	Año	Cobertura Geográfica	Período de recolección	Período de referencia de los ingresos	Concepto de ingreso investigado	No. hogares en la muestra
Encuesta de ingreso y gasto familiares	DGEC	1961	Area Metropolitana	Abril, Mayo y Junio	Mayo	ITD	483
La distribución del ingreso y el consumo de algunos alimentos	IICE	1971	Nacional	Septiembre y Noviembre	Octubre	ITB	2965
Encuesta de hogares sobre el Gasto Social	IICE	1983	Nacional	Enero	Año 1982	ITB	1200
Encuesta de Hogares sobre características socioeconómicas de las familias costarricenses	IICE	1986	Nacional	Agosto	Julio	ITB	2393
Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	DGEC	1988	Nacional	Anual	Nov. 87 a Nov. 88	ITBSA	3910
Encuesta de Hogares Inversión Social	MIDEPLAN	1992	Nacional	Diciembre y Enero	Diciembre	ITBSA	2489

ITD = Ingreso Total Disponible del hogar

ITB = Ingreso Total Bruto del hogar

ITBSA = Ingreso Total Bruto Sin Alquiler imputado del hogar

DGEC = Dirección General de Estadística y Censo

IICE = Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica

MIDEPLAN = Ministerio de Planificación Nacional

Elaboración: Juan Diego Trejos, 1995, con base en fuentes originales y CEPAL (1987).

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 datos disponibles para el período 1961-93 son presentados en la Figura 2 junto con los datos del PIB per cápita. El punto central de comparación es la cifra para el año 1961, que indica que el 50.3% de la población estaba debajo de la línea de la pobreza. Lamentablemente, no existen datos adicionales para este período. Sin embargo, la evidencia sugiere que la cifra existente

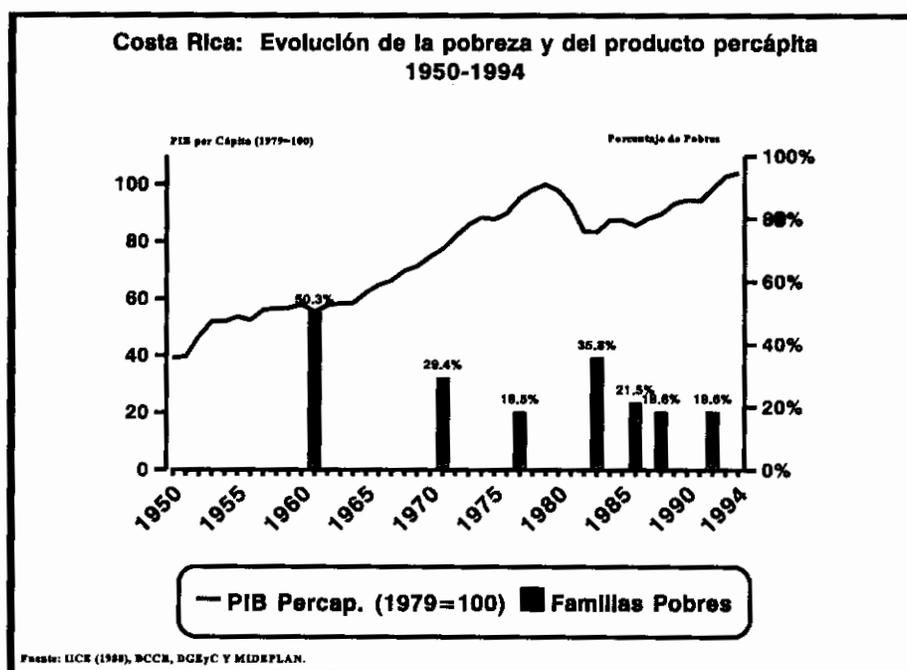


Figura 2

es confiable. En 1983, con la recesión en la economía (ver Figura 2), la pobreza aumentó sustancialmente, para luego disminuir nuevamente cuando los niveles del PIB comenzaron a crecer otra vez. Adicionalmente, aún en la etapa más profunda de la crisis económica a inicios de los ochentas, los niveles de pobreza nunca se aproximaron a aquéllos en los primeros años de la década de los sesenta.

En relación a la crisis económica de inicios de los ochenta, es apropiado en este punto considerar su impacto y aquel del programa de ajuste estructural implementado a consecuencia de ella. Algunos estudios han demostrado que los programas de ajuste estructural en los países en desarrollo imponen una carga mayor sobre los pobres (Cornia, Stewart & Jolly, 1987; UNICEF, 1989). En marcado contraste, en Costa Rica la evidencia sugiere que los pobres no sufrieron desproporcionadamente (PREALC, 1990). A comienzo de los ochentas, cuando la crisis alcanzó su punto más agudo, los costarricenses de los grupos educacionales más bajos (es decir, sin educación o con educación primaria incompleta) vieron disminuir su ingreso en una proporción no mayor que la del resto del país. Cuando la recuperación económica comenzó, los hogares con menor educación obtuvieron un repunte en el ingreso real per cápita más alto que

nivel mínimo para el período considerado de 15.8% en 1994. Una segunda medida de la pobreza, que se incluye en la Figura 3 (la línea inferior en la Gráfica), es aquella que incluye solamente el ingreso al trabajo.¹¹ Por esta medida, el porcentaje de la población en situación de pobreza es menor que el señalado por la CEPAL, pero el patrón longitudinal es idéntico. Una vez más, para 1993, el último dato puntual en esta serie, la pobreza alcanzó un nivel mínimo de 13.2%. La tercera medida, la línea de la pobreza calculada de acuerdo al Banco Interamericano de Desarrollo (BID),¹² sigue el mismo patrón de las medidas anteriores, aunque se sitúan a un nivel superior en cada caso (ver barras de la figura 3). Para 1994 las cifras de la línea de pobreza del BID también muestran que la pobreza alcanza el nivel mínimo para todo el período.

En la Figura 3 la evolución de la incidencia de la pobreza se completa con la información sobre desempleo y salario real, reflejando claramente su correlación. Esta correlación manifiesta la dependencia de la magnitud relativa de la pobreza al ciclo económico y a las políticas emprendidas en cada coyuntura. La pobreza se expande hasta 1982, en el contexto de la crisis precedido de un deterioro del salario real y de un incremento en el desempleo. Dentro de un ajuste expansivo (1983/86) el proceso de empobrecimiento se revierte gracias a una reactivación económica que 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 donde, si bien los salarios dejaron de crecer, 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, proceso que se revierte a partir de 1992 (Trejos, 1995). Si bien estos resultados no son inconsistentes con los de la CEPAL (1994), ésta al utilizar sólo unos puntos temporales, interpreta una

¹¹La Encuesta sufre una modificación metodológica a partir de 1987 que introduce dificultades en la comparación de los datos. 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.

¹² 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.

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 (Figura 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 mostrada. Cabe señalar que la tendencia se mantiene aún si se incorporan ajustes en los ingresos para eliminar o aminorar su subestimación.¹³

Finalmente, los datos de líneas de la pobreza del Banco Mundial no incluidos en la Figura 3, muestran que para 1986 el porcentaje de la población viviendo en pobreza

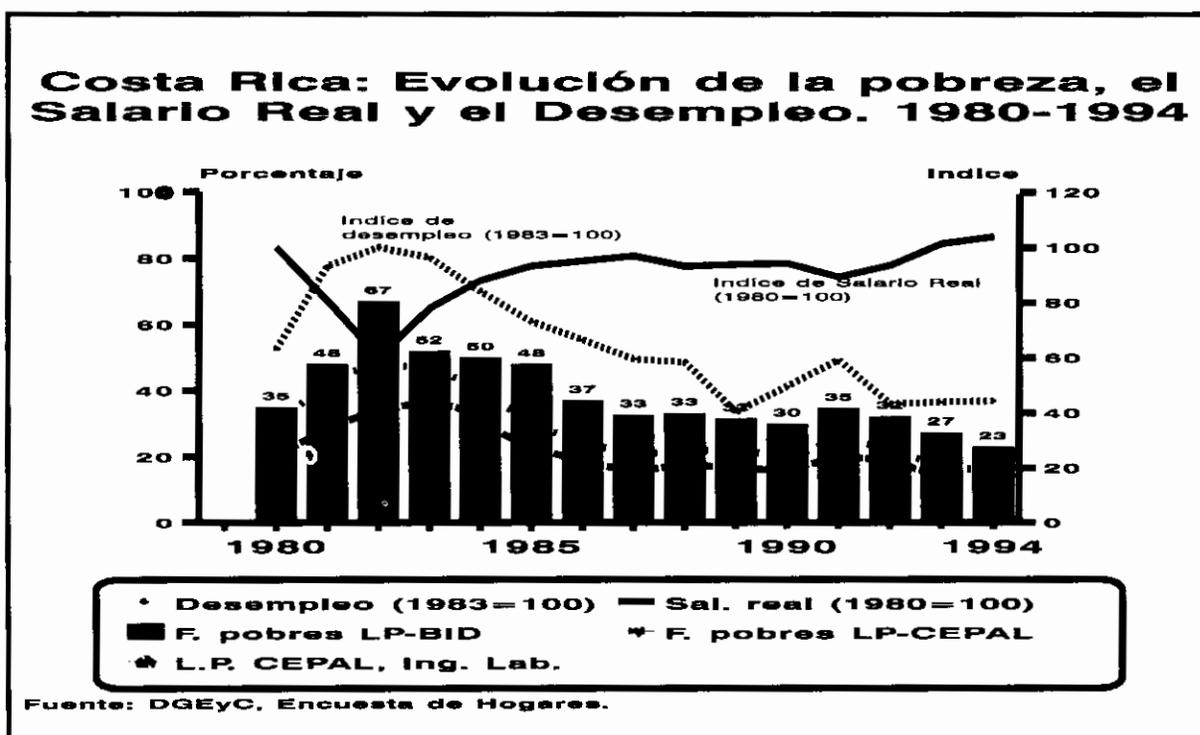


Figura 3

¹³ No obstante, como las Cuentas Nacionales sufren de un mayor rezago, estos ajustes están disponibles hasta el año de 1992, por lo que las estimaciones no se incluyen en dicho gráfico.

(24%) era cerca de la mitad del porcentaje de la población pobre en 1971 (45%), cuando las series del Banco Mundial comenzaron a ser estimadas.¹⁴

La combinación de datos sobre crecimiento económico, distribución del ingreso y pobreza, indican claramente 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 en América Central ha sido posible obtener crecimiento con igualdad y en general la tendencia en el Tercer Mundo ha sido crecimiento con desigualdad y pobreza (Chenery, 1994).

2. Los mecanismos centrales para la reducción de 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, de 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 lo ha entendido así y desde muy temprano inició, dentro de un marco de estrechez económica, importantes esfuerzos por desarrollar y generalizar el acceso a servicios sociales básicos para el combate a la pobreza como aquellos de salud y educación. Estos esfuerzos comprendieron la implementación de políticas selectivas que buscaron incluir efectivamente a los grupos pobres en las redes universales de servicios.

Los éxitos alcanzados fueron descritos en la primera parte de este documento en términos de mediciones de pobreza por insuficiencia de ingresos. No obstante, los resultados son más dramáticos si se evalúan en términos de indicadores del mejoramiento en la calidad de vida de la población, al punto que, según un reciente

¹⁴ Los datos son tomados de Morley y Alvarez (1992).

informe del PNUD (1995), Costa Rica se ubica en el primer lugar en cuanto a desarrollo humano de América Latina.

En esta sección se documentarán los logros alcanzados, se analizará cómo el país promovió la generalización del acceso a los servicios sociales básicos, y se extraerán lecciones de política para países con un menor desarrollo social.

2.1 Las Políticas de Salud¹⁵

Costa Rica tiene una esperanza de vida de 76 años y una mortalidad infantil de 13,7 por cada mil niños nacidos vivos. En marcado contraste el resto de América Central tiene una esperanza de vida de 66 años y una mortalidad infantil de 47 por mil niños nacidos vivos (CEPAL, 1995:7,14).¹⁶ Mientras a comienzos del siglo los costarricenses podían aspirar a vivir 35 años y sólo el 15% de ellos llegaba a los 70 años de edad, quienes nacen en la presente década pueden esperar a vivir 76 años y sólo el 15% no alcanzarán los 70 años. Si bien es cierto que la esperanza de vida ha aumentado en todo el mundo, lo sobresaliente 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 total de estos países (Caldwell, 1986:172). Ocupando el séptimo lugar en materia de ingresos en América Latina y el Caribe, supera a la mayoría de los países más ricos en normas de salud y protección de la población en situación de pobreza (Mesa-Lago, 1992: 108).

El análisis que sigue mostrará que los logros excepcionales, en materia de salud fueron, principalmente, el resultado de las políticas públicas implementadas durante

¹⁵La presente sección se basa en la bibliografía e investigaciones existentes, y en entrevistas realizadas al personal de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Ministerio de Salud (MS) y de las cooperativas médicas. Los autores agradecen a las autoridades y personal técnico de estos organismos por su colaboración en este proyecto.

¹⁶ No incluye 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 al nacer (Nicaragua) y de entre 43/1.000 niños nacidos vivos (Honduras) a 52.2/1.000 (Nicaragua) (CEPAL, 1995:14).

la década de 1970.¹⁷ Estos logros no requirieron de un redireccionamiento masivo de la inversión pública y social del país, sino de una prudente y oportuna intervención de políticas de salud relativamente convencionales. En este sentido, en comparación con Cuba, 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.

2.1.1 Los logros

Entre 1870¹⁸ y los años sesenta, la esperanza de vida de la población costarricense evolucionó en forma similar a la del resto de los países centroamericanos y a la de América Latina en su conjunto. Sin embargo, tal como lo muestra la Figura 4, durante la década de 1970 el país se apartó del patrón regional y se acercó al de los países más desarrollados (Rosero-Bixby, 1983:41).

En efecto, durante esta década la esperanza de vida aumentó de 65 a casi 73 años y tuvo como principal causa la caída de la mortalidad infantil del 67 al 21 por mil de los niños nacidos vivos (Rosero-Bixby, 1985:34). Esta ganancia es aún más extraordinaria si se tiene en cuenta los ya altos niveles de esperanza de vida alcanzados (Rosero-Bixby, 1983:41) y los también bajos niveles de mortalidad iniciales (Caldwell, 1986:181; Sáenz, 1989:244).¹⁹

¹⁷ 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 setentas cuando los mejoramientos en las condiciones de salud se alejan de los patrones regionales.

¹⁸ Este es el primer año para el cual se tienen datos.

¹⁹ 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 (Sáenz, 1989:3). La reducción anual de la mortalidad infantil que era de 2.3% entre 1955 y 1972 fue seis veces mayor entre 1972 y 1980 (Rosero, 1985:15).

El mejoramiento de las condiciones de salud de la población ha sido más acelerado durante períodos de expansión que de estancamiento económico. Sin embargo, el rápido crecimiento económico del país durante las últimas cuatro décadas, aunque excepcional en América Latina y en el mundo (Rama, 1994),²⁰ no puede dar cuenta de la mejoría de las condiciones de salud durante la década de 1970. Entre 1972 y 1980, la caída de mortalidad infantil fue tres veces mayor a la esperable en función del índice de crecimiento económico (ver figura 5).²¹ Mientras la caída esperable era del 20 al 25% de lo niños nacidos vivos, la caída observada fue de un 69% (Rosero-Bixby, 1991). El desarrollo económico explica sólo un 22% de la caída

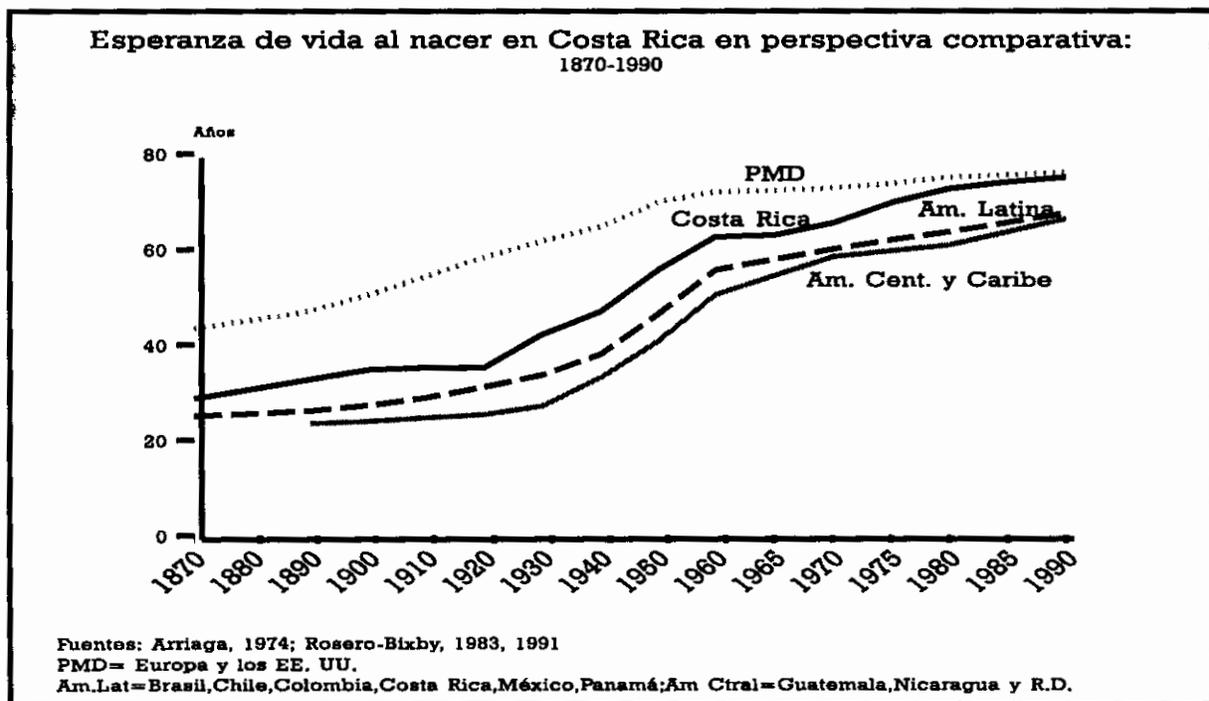


Figura 4

²⁰El producto bruto interno (PBI) costarricense registró un crecimiento promedio del 5% anual que llegó a ser del 6.5% anual entre 1961 y 1979 (González-Vega y Céspedes, 1991:28).

²¹El 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, etc. Ver Rosero - Bixby y Mata (1988) para una detallada presentación de indicadores y valores observados.

de la mortalidad infantil durante la década. Las políticas de salud explican el resto de dicha caída y el que por primera vez en la historia del país la mejora de las estadísticas vitales haya dejado de estar exclusivamente asociada al desarrollo económico y haya reflejado el resultado de políticas sociales del Estado.

2.1.2 Las etapas de las políticas públicas.

La participación estatal en el área de salud comenzó en la década de 1920 con la creación del Ministerio de Salud (MS). Tuvo un nuevo impulso en los años 40 con la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) y sufrió una radical transformación en los años 70 cuando se universalizó el seguro social, se

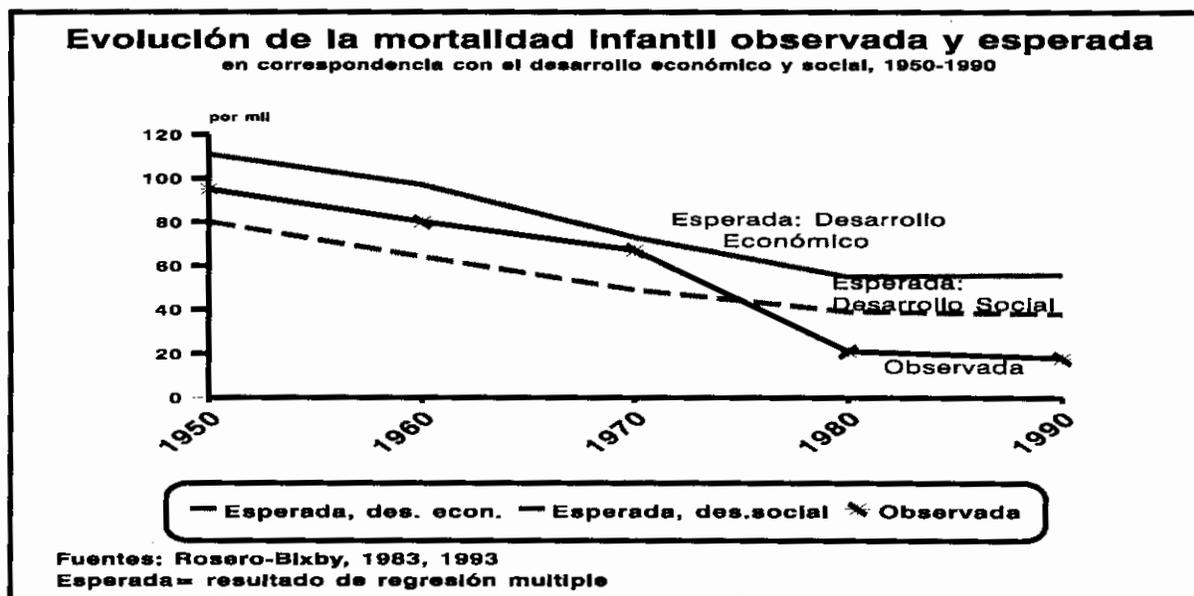


Figura 5

especializaron las funciones de las instituciones y se asignaron recursos adicionales que se canalizaron a los grupos de menores recursos (ver Rosenberg, 1983; Miranda, 1994 [1988]; Asís Beirute y Piedra, 1994:37-40).

En esta década se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud (1971) y se promulgaron las leyes de Universalización del Seguro Social (1971), de Traspaso de hospitales del MS y las Juntas de Protección Social al Seguro Social (1973), y la ley General de Salud (1973). Además se creó el Fondo de Asignaciones Familiares (FODESAF) que comenzó a captar fondos para programas de asistencia social a población de escasos recursos (ver 2.3).

Estas políticas se llevaron adelante bajo los lemas de "guerra contra la miseria" (1970-74) y "cierre de la brecha social" (1974-78). Como resultado de éstas, la cobertura del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) de la CCSS pasó del 47% en 1970, al 60% en 1975 y al 76% en 1980. La incorporación de la población a los servicios de salud del sistema de seguridad social alcanzó el 85% de la población en 1992 y desde entonces esta cifra ha sido estable (Asís Beiture y Piedra, 1994:46).

A comienzos de la década de 1970 la causa principal de muerte de los costarricenses era por enfermedades infectocontagiosas (Trejos y otros, 1994:80). En ese contexto, los programas de atención primaria lograron un alto impacto combinando acciones de vacunación y control pre y post-natal, junto con acciones de saneamiento ambiental y de mejoramiento nutricional.²² Estos programas se expandieron muy rápidamente a población que previamente no tenía acceso a los servicios de salud y antes del fin de la década cubrían el 60% de la población nacional, 98% de la población rural dispersa y 40% de la población urbano-marginal (Rosero-Bixby, 1983:50).

El análisis multivariable realizado por Rosero-Bixby demuestra que 2/3 partes de la mejora de las estadísticas vitales de los costarricenses durante la década de 1970 se debieron a las políticas de salud implementadas entonces. Los programas de atención primaria explican el 41% del descenso de la mortalidad infantil, mientras que

²²Las acciones de saneamiento tuvieron un menor peso relativo dado que el país había ya alcanzado una amplia cobertura (Rosero-Bixby, 1983). Por una discusión acerca del relativamente bajo impacto y mucho más alto costo de las acciones de nutrición cuando se comparan con las acciones de atención primaria, ver Rosero-Bixby y Mata (1988).

el de atención secundaria (centros de salud, atención ambulatoria y hospitales regionales) explica el 32% (Rosero-Bixby, 1985:28).²³

En las áreas geográficas en las que la atención primaria tuvo un mayor efecto en la reducción de la mortalidad infantil, la atención secundaria cumplió un papel complementario (Miranda, 1994[1988]). Por esta razón, cuando se controla el efecto de la expansión de servicios de nivel primario, el efecto de los servicios de atención secundaria básicamente desaparece (Rosero-Bixby y Mata, 1988).²⁴

Como resultado de estos programas se logró reducir la brecha social existente tanto entre zonas rurales y urbanas como entre cantones.²⁵ A comienzos de la década la mortalidad infantil era de 71 y 59 por mil niños nacidos vivos, en las zonas rurales y urbanas, respectivamente (Rosero-Bixby, 1983:1). En marcado contraste, en 1983 las únicas tasas sustancialmente por encima del promedio nacional se encontraban en pequeños poblados en los que la atención primaria aún no había logrado una cobertura significativa (Rosero, 1983:55). Por su parte, la mortalidad infantil en los cantones de menor desarrollo económico y una cobertura de atención primaria de más del 75% se redujo del 80 al 16/1.000 niños nacidos vivos en tan sólo diez años (ver cuadro 2).

²³El poder explicativo de estos factores se mantiene aún cuando se controlan las restantes variables incorporadas en el modelo, tales como el nivel socio-económico inicial de las familias y el descenso de la fecundidad (ver Rosero-Bixby, 1985). El descenso de la fecundidad explica un 5% de la caída de la mortalidad infantil. Si se considera que este descenso refleja intervenciones en salud, principalmente acciones de planificación familiar, las políticas de salud explican alrededor de las 3/4 partes del descenso de la mortalidad infantil (Rosero-Bixby, 1985:27).

²⁴Distinguir el impacto relativo de la atención primaria y secundaria presenta una seria dificultad metodológica dado que parte de las actividades del primer nivel consiste en referir pacientes al segundo nivel. Esto quiere decir que aún cuando el impacto del segundo nivel desapazca cuando se "controla" por el primero, el impacto de éste último de por sí incluye la actividad de referencia al segundo nivel. Hasta el momento no existen evaluaciones del impacto relativo de las acciones de nivel primario y secundario, respectivamente.

²⁵El cantón es una unidad político-administrativa intermedia que pertenecen a una de las 7 provincias en las cuales está dividido el país.

Cuadro 2

Tasa de mortalidad infantil en los cantones agrupados según cobertura media de los programas de salud rural y comunitaria

Cobertura (%)	Tasa por 1.000		Descenso anual (%)	
	1968-69	1979-80	1965-72	1973-80
0-9	49	21	8	7
10-24	49	19	8	7
25-49	64	23	3	14
50-74	76	22	4	15
75-100	80	17	5	16

Fuente: Rosero-Bixby, 1983

En síntesis, tal como lo demuestra el análisis de Rosero-Bixby, en esta etapa los programas de atención primaria independizaron la reducción de la mortalidad infantil del desarrollo económico de las regiones (medido en términos de consumo per cápita), aún cuando se tengan en cuenta factores tales como educación, fertilidad y desarrollo económico (Rosero-Bixby, 1985; Drèze y Sen, 1989).

Aunque los logros de los años 70 fueron notorios, la crisis económica que sufrió el país entre 1980 y 1982 y las políticas de estabilización y ajuste económico que le siguieron redujeron el gasto social per cápita y cambiaron su composición en detrimento del sector salud (ver cuadro 3). Los programas destinados a población de escasos recursos, tales como los de atención primaria, se vieron especialmente afectados ya que sus gastos se redujeron en un 20% (Trejos y otros, 1994:10), obligando a tomar medidas tales como espaciar la frecuencia de las visitas domiciliarias, dejar puestos vacantes en casos de retiro, intentar cubrir la misma población con menos centros de salud, así como también aumentar la proporción del gasto en retribuciones salariales en detrimento de los gastos operativos.

Cuadro 3
Evolución de los recursos movilizados por el sector salud, 1950-1990

Gasto en salud	1950	1960	1970	1980	1990
Per cápita (US\$ 1970)	7,7	14,2	36,7	65,3	56,5
% PBI	6,5	4,9 ^a	6,1 ^b	8,7	8,4
% Gasto público social	76,2	55,7 ^a	37,0 ^b	36,9	37,2

Fuente: Garnier y otros, 1995.

^a Corresponde a 1958

^b Corresponde a 1971

Si bien en general la reducción de los recursos tendió a afectar más la calidad de los servicios sociales que su cobertura (Sanguinety, 1988; Banco Mundial, 1990, Sojo, 1994), en el caso de los programas de atención primaria ésta sí se vió afectada. Estos programas vieron reducido su presupuesto en un 20% (Trejos y otros, 1994:10) y debieron tomar medidas tales como espaciar la frecuencia de visitas domiciliarias, dejar puestos vacantes en caso de retiro, y cubrir un igual o mayor número de personas con menos centros de atención. Como resultado, el programa de salud comunitaria disminuyó su cobertura de 54% en 1980 a 40% en 1983 (Memorias del MS, varios años).

Aún así, a lo largo del período los programas de atención primaria lograron amortiguar el impacto de la crisis sobre los grupos más vulnerables de la población (Ugalde, 1992:102), los cuales si bien no mejoraron, lograron mantener las condiciones de salud alcanzadas durante la década anterior (Güendell y Trejos, 1994).

Durante esta década 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 (Trejos y otros, 1994). Estos programas se basaron en algún tipo de participación privada en la prestación de los servicios y se trató de los programas de medicina de empresa, de medicina mixta y de cooperativas médicas, todos financiados

por la CCSS como parte del SEM. Si bien los dos primeros han mostrado algunos resultados tanto en materia de reducción de costos como de aumento de eficiencia (Miranda, 1994[1988]; Mesa-Lago, 1992), el modelo cooperativo es el único potencialmente relevante para la población de escasos recursos, en especial de la cooperativa pionera COOPESALUD.²⁶

En la década de 1990 Costa Rica inició una reforma del sector salud que readeúa y replica aspectos importantes de los programas de atención primaria de la década de 1970 y del modelo cooperativo iniciado en la década de 1980. Asimismo, la jerarquización de la atención primaria y la continuidad estratégica que ésta significa en materia de políticas de salud pública, se ha buscado combinar con una adecuación de las acciones incluidas en este nivel de atención capaz de dar respuestas al nuevo perfil epidemiológico de la población costarricense.²⁷

Efectivamente, el aumento de las enfermedades propias del "primer mundo" demanda sistemas más complejos, diversidad de recursos humanos y complejidad tecnológica, los cuales tienden a aumentar los costos del sistema. Por esta razón, la actual reforma del sector prioriza programas de prevención en el nivel de atención primaria que pueden reducir la exposición de la población a los factores de riesgo (Bobadilla y otros, 1991 citado en Sojo, 1994:20; Miranda, 1995:29)²⁸ y cuyo paquete de servicios atiendan tanto a las enfermedades típicas del "Tercer Mundo" (como el

²⁶El programa de medicina mixta sólo provee servicios curativos y exige de un poder adquisitivo que no se corresponde con las necesidades de la población de escasos recursos. El programa de medicina de empresa sólo es aplicable a empresas grandes en las que predomina población que está por encima de la línea de pobreza.

²⁷ Costa Rica se encuentra viviendo una transición epidemiológica por la cual las enfermedades infecto-contagiosas han disminuído su peso relativo y las enfermedades cardiovasculares, degenerativas y por accidentes, lo han aumentado. A pesar de que ha habido una contracción en los recursos disponibles, las políticas de salud costarricenses no han fomentado hasta el momento una competencia entre patologías pre y post transición epidemiológica (Sojo, 1994:20).

²⁸Se espera que como resultado de esta reforma el nivel de atención primaria tenga una mayor capacidad de resolver los problemas de salud de la población. Desde el punto de vista de los costos, se esperan que por esta vía, disminuya la cantidad de casos que llegan a las clínicas y hospitales, o, aunque el número de casos aumente, sólo lleguen a los hospitales aquellos a los que no se puede dar respuesta en instancias menos costosas del sistema (entrevista).

cólera y la malaria) como a aquellas típicas del "Primer Mundo" (como el cáncer de útero).

2.1.3 Programas

El objetivo de los programas de salud en Costa Rica que han tenido o anticipan tener un impacto en la población de escasos recursos ha sido ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud de carácter universal a la población de escasos recursos. Estos programas han buscado 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.

A. Salud Rural y Comunitaria

Estos programas definieron sus beneficiarios en función de un criterio de selectividad geográfica que permitió, por un lado, brindar servicios de atención primaria y, por el otro, facilitar los servicios de mayor nivel brindados en clínicas, hospitales regionales, hospitales nacionales, etc. Estos programas complementaron los servicios que el Estado ya ofrecía al conjunto de la población (Garnier y otros, 1995; Garnier e Hidalgo, 1991). Por lo tanto no se trató de programas focalizados en el mismo sentido en el cual este término ha sido utilizado para programas compensatorios implementados para paliar los efectos de la crisis y posteriores políticas de ajuste económico. Mientras estos últimos refieren a programas transitorios cuyo objetivo es amortiguar situaciones de emergencia social, en Costa Rica el objetivo de los programas selectivos ha sido incorporar a la población de escasos recursos a las redes de servicios públicos de salud, educación y vivienda, considerados como un derecho social de todos los ciudadanos.

Características generales

Cinco años antes de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzara la noción de "atención primaria" como estrategia para lograr "salud para todos" para el año 2000, Costa Rica lanzó el programa de salud rural (PSR).²⁹ El PSR comenzó a implementarse en 1973 con el objetivo de ampliar la cobertura a la población, que inicialmente no tenía acceso a la red de servicios de salud. Hasta entonces esta población sólo recibía la atención de Unidades Móviles cuyo paquete de servicios era ocasional y limitado, legado a la atención de morbilidad (Vargas, 1993). Igualmente ocurría con grupos voluntarios y personal de erradicación de malaria (Vargas, 1993).

El PSR tuvo como antecedentes el Programa de Unidades Móviles Médicas (PUMM), el Servicio Nacional de Erradicación de Malaria (SNEM) y el "Hospital Sin Paredes" de San Ramón, un cantón rural al oeste de la capital del país. El PUMM manifestó claramente la voluntad política de extender la red de servicios a las áreas más remotas. El diseño y ejecución del SNEM le permitió al país contar con un grupo de expertos y técnicos con experiencia.³⁰ Además, sentó un precedente exitoso de colaboración institucional entre el MS, UNICEF, USAID y OPS.³¹ Finalmente, el programa "Hospital Sin Paredes" proporcionó un modelo de atención integral y con énfasis en las acciones de carácter preventivo, educativo y de saneamiento. El modelo organizativo se basaba en puestos de salud descentralizados que ofrecían servicios de atención primaria. El PSR adoptó y extendió este modelo organizativo al resto del país.

²⁹Costa Rica participó de dicho evento en Alma Mata en 1978, con un documento en el que se señalaba el cumplimiento de metas y desarrollo de instrumentos de política que en mucho se pareció a lo que luego la conferencia propondría al resto de los países en desarrollo (MS, 1978).

³⁰La propuesta fue elaborada e implementada en sus comienzos por el mismo equipo técnico que había implementado con éxito el plan de erradicación de malaria y que era integrado por técnicos del MS y de la Organización Panamericana para la Salud (OPS). Personal del equipo de campo de malaria fue en un principio el que inició la ejecución del proyecto (entrevistas).

³¹A partir del éxito del SNEM, las cuatro entidades involucradas evaluaron el acuerdo e iniciaron un programa piloto de salud rural en áreas libres de malaria.

A partir de 1976, el Programa de Salud Comunitaria (PSC) extendió este modelo de atención a áreas urbano-marginales que estaban sufriendo un fuerte crecimiento demográfico debido a la migración de población rural al valle Central.³²

Tanto el PSR como el PSC realizaron acciones de vacunación; desparasitación, educación nutricional y para la salud; repartición de alimentos, letrización y alcantarillado, y promoción de la organización comunitaria para apoyo de los programas.

Grupo objetivo y mecanismo de selección

El criterio de selectividad de estos programas fue geográfico. El PSR seleccionó población rural y rural dispersa (localidades con menos de 2000 y menos de 500 habitantes, respectivamente) y el PSC población urbano-marginal en su mayoría por población proveniente de zonas rurales.³³ La población objetivo de ambos programas correspondía a un 60% de la población total del país (Tomic, 1983). La meta era lograr una cobertura del 100% de esta población hacia finales de la década de 1970.

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

³²De acuerdo a la información recolectada, la razón para hacer del PSC un programa independiente del programa rural fue de tipo presupuestal dado que era más sencillo solicitar un nuevo presupuesto que duplicar el anterior. A fines de la década de 1970, sin embargo, estos dos programas se fusionaron en un sólo departamento de atención primaria.

³³De acuerdo al censo de 1973, la población rural dispersa estaba constituida por 3.684 grupos poblacionales de menos de 500 habitantes, 574.000 personas, el 31% de la población del país mientras la población rural concentrada estaba constituida por 494 grupos poblacionales de menos de 2.000 habitantes, correspondientes al 22% de la población total del país. Por su parte, en 1976 la población urbana era de 857.644 personas, el 43% de la población del país.

Organización institucional

El programa tuvo como unidad básica el área de salud en la cual se ubicó un puesto atendido por una auxiliar de enfermería y un técnico de salud especialmente capacitado a tales efectos. Cada área atendía entre 2.000 y 3.000 personas.³⁴ Las áreas formaban parte de sectores, los cuales en un número variable, conformaban las regiones de salud. En cada una de estas áreas se coordinaban acciones entre los puestos, centros de salud y hospitales periféricos.

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

Al igual que el PSR, el PSC definió áreas de salud, asignó personal para realizar visitas domiciliarias, y coordinó con los centros de salud del MS ya existentes (Jaramillo y otros, 1984:193). Los auxiliares aplicaban métodos simples de prevención y tratamiento y referían pacientes al centro de salud.

En 1973 el PSR tenía 70 puestos (19% de cobertura). Para 1975 el número aumentó a 140 (34% de cobertura) y se duplicó nuevamente para 1980 (cubriendo un 60% de la población objetivo) (Vargas, 1993:26). El PSC comenzó a operar con 18 áreas de salud en 1976 (10% de cobertura), duplicó las áreas de trabajo al año siguiente (21% de cobertura), y otra vez lo hizo en 1978 alcanzando, a dos años de su inicio, un 50% de cobertura (Memorias del MS, varios años).

³⁴El 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 (Serra y Ramírez Guier, 1985).

Costos y recursos financieros

El PSR requirió recursos humanos (tanto asistencia técnica para diseño y conducción del programa como personal ejecutor), equipamiento e infraestructura. Un acuerdo entre el gobierno de Costa Rica y varias agencias de cooperación internacional le dió viabilidad técnica y financiera.³⁵

Las fuentes principales de financiamiento de los programas de atención primaria fueron el presupuesto nacional y, a partir de 1975, el FODESAF (ver 2.3). Este último fue crucial para darle sostenibilidad a las acciones, en particular las de alcantarillado, instalación de acueductos rurales y nutrición. Lamentablemente, en este momento no es posible conocer el total de los recursos invertidos.

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. También en este caso se carece de estimaciones que indiquen la magnitud de este aporte. Técnicos de los programas indicaron que el aporte comunitario podría haber sido de entre el 2 y el 5% de los gastos totales.³⁶

El gasto anual por beneficiario del programa en 1973 (el período de expansión) era de US\$ 5,38 (a valores constantes de 1978). En 1975 había aumentado a US\$ 7,28 y en 1980 descendió a US\$ 6,62. Estos gastos incluyen aquellos del programa

³⁵El PSR fue el resultado de un convenio entre la USAID, CARE, MS y varios Programas de las Naciones Unidas (UNICEF, UNESCO, PNUD, OPS). USAID proveyó fondos para el adiestramiento de auxiliares de enfermería. Tanto AID como CARE proveyeron fondos para la construcción para 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 (Ministerio de Salud, 1976).

³⁶El registro de la participación comunitaria en los programas de atención primaria financiados por el FODESAF se ha comenzado a realizar recientemente.

en dotación e instalación de bombas de agua y letrinas, la cual se intensificó a partir de 1976 (Vargas, 1993:25).³⁷

A lo largo del tiempo la estructura de costos de ambos programas ha ido cambiando debido a los recortes del presupuesto de fines de la década de 1970, aumentando la proporción del gasto destinado a salarios (entrevista). Una estimación más precisa de los costos del programa y su evolución a lo largo del tiempo exigiría examinar estos cambios.

Recursos humanos

La conducción de ambos programas estaba integrada por un médico especialista en salud pública, un ingeniero sanitario, un jefe de operaciones de campo y una enfermera profesional. Los equipos por áreas de salud del PSR estaban constituidos por una enfermera auxiliar y un asistente de salud rural. En el caso del PSC, aunque el programa también se inició con auxiliares de enfermería (11 meses de capacitación), éstas fueron gradualmente sustituidas por asistentes de salud (entre 3 y 4 meses de capacitación) específicamente entrenados para estos programas (Vargas, 1993:12; Jaramillo y otros, 1984:194).

Control, monitoreo y evaluación

El modelo asignaba a los centros de salud ya 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 buscaba aprovechar la capacidad sanitaria ya instalada.

³⁷Uno de los cambios fundamentales a lo largo del tiempo ha sido en la estructura del gasto. A fines de los '70s, al estancarse y recortarse el gasto en salud adjudicado a estos programas, los servicios personales comenzaron a absorber un porcentaje cada vez más grande del total del gasto (entrevista). Una estimación más precisa de los costos del programa y su evolución a lo largo del tiempo exigiría examinar estos cambios.

No existe evidencia cuantitativa del grado y forma de coordinación del nivel de atención primaria (puestos) con el nivel de atención secundaria (centros de salud, hospitales periféricos, clínicas), aunque se conoce que la referencia de pacientes tuvo un papel importante dentro de las propias acciones de atención primaria. El grado de desconcentración fue escaso. De acuerdo a los técnicos del programa, la verticalidad favorecía un aprovechamiento de la capacidad técnica, de ejecución y de coordinación dado que la pequeña escala del país permitía concentrar la ejecución y, al mismo tiempo, seguir de cerca la ejecución (Tomic, 1983; entrevistas).

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 las actividades a realizar, que para el control y evaluación de las tareas ya realizadas.

Logros y obstáculos

El logro principal de los programas de atención primaria fue su bajo costo y alto impacto tal como queda claramente demostrado por el trabajo de Rosero-Bixby (ver 2.1.1). Si bien el modelo contemplaba la participación comunitaria, entre los obstáculos, se encuentra el haberle incorporado insuficientemente tanto como co-financiadora de la infraestructura física, como en el control de los servicios.

B. COOPESALUD

Durante la década de los años 80 se iniciaron nuevas modalidades de atención con el objetivo de mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios (Zamora y Sáenz, 1995). De estas experiencias, las cooperativas representan un modelo de gestión privada dentro de los lineamientos del sistema nacional de salud y de financiamiento de la CCSS.

Existen tres cooperativas médicas prestando servicio en el Area Metropolitana. Entre estas, COOPESALUD fue la primera experiencia de contratación privada de servicios sociales por parte del Estado. Comenzó a operar el 1988 y actualmente

atiende a unas 70.000 personas, mayoritariamente población urbano-marginal. El modelo de atención de la cooperativa fue posteriormente replicado, con algunas modificaciones, en las localidades de Tibás y Santa Ana.

El modelo de atención de la cooperativa incorpora los aspectos medulares de la atención primaria de los PSR y PSC, combinándolo con prestación de servicios de atención secundaria dentro del esquema de sistemas locales de salud (SILOS) OPS.

Características generales

COOPESALUD es una cooperativa autogestionaria³⁸ a la que la CCSS y el MS contrata para que provea servicios públicos de salud a personas residentes en el área geográfica de Pavas de la cual alrededor de un 90% está asegurada. Estos servicios se proveen a partir de un convenio con la CCSS que establece una canasta de servicios a ofrecer y una tarifa por cada habitante adscrito al área de cobertura de la clínica (Marín y Vargas, 1991:36; ATD, 1993).

El convenio establece que la CCSS pague a la cooperativa una tarifa por persona asegurada y por consulta médica, lo cual constituye una solución novedosa para reconciliar el interés social del Estado con el interés económico privado ya que cuanto más sana esté la población, menos comprometerá la cooperativa sus recursos (Fiedler y Rigoli, 1991:19; Sojo, 1994:39).

La cooperativa provee servicios de medicina general, especialidades generales, atención de emergencias, servicios de apoyo, consulta telefónica, programas de prevención y promoción, servicios odontológicos, medicina de empresa y visita domiciliaria. Si bien la cooperativa administra una clínica formalmente equivalente a las administradas por la CCSS, sus servicios constituyen una prestación ampliada de los servicios de estas clínicas (Marín y Vargas, 1991).

³⁸Esta figura jurídica 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 de su trabajo beneficios de tipo económico y social" (Marín y Vargas, 1991:42).

Grupo objetivo y mecanismo de selección

La población objetivo de COOPESALUD es similar a la que atendiera anteriormente el PSC. Sin embargo, dadas las características del distrito y el criterio geográfico de selección de beneficiarios, la cooperativa atiende también a alrededor de un 10% de población de ingresos medios-altos.

La población es altamente variable debido a la inmigración de zonas rurales y de países vecinos. Esta explosión demográfica, el porcentaje de indocumentados, y la ausencia de un censo de población desde 1984, genera una estimación poblacional que va desde 53.204 hasta los 80.000 habitantes.³⁹ Debido a esto, la cobertura es difícil de estimar.

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 cuales en su conjunto conforman un Sistema Local de Salud (SILOS). La clínica ofrece atención en las principales especialidades (medicina interna, obstetricia, otorrinolaringología, ginecología y cirugía menor ambulatoria) y los servicios de apoyo (farmacia, laboratorio y rayos x).

Los EBAIS son ocho y atienden de 3.000 o 3.500 personas en cada uno de los nueve sectores en los que está dividido el distrito. Cada uno está integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería, uno o dos asistentes de atención primaria y una secretaria. El médico general ejerce la tarea de coordinación de cada equipo.

La atención primaria se planifica descentralizadamente siguiendo lineamientos generales para cada uno de los cinco programas de atención con que cuenta la

³⁹Un reciente estudio de la CCSS estima el número de residentes en entre 53.204 y 63.456 (Zamora y Sáenz, 1995). COOPESALUD, por su parte, estima este número en más de 70.000 (Sistema de Evaluación Gerencial, COOPESALUD SRL).

clínica.⁴⁰ En base a éstos cada EBAIS desarrolla una programación y prioridades adecuadas a las características de la población atendida. En este sentido, el grado de descentralización logrado es mayor que el alcanzado por el PSR y el PSC. Los técnicos de atención primaria trabajan bajo la supervisión simultánea del médico, encargado de la supervisión administrativa, y una enfermera encargada de la supervisión técnica.

Además, COOPESALUD desarrolla actividades especiales para atender grupos en situación de riesgo como, por ejemplo, las ferias de salud, actividades de varios días durante las cuales se prestan un número de servicios simultáneos a población en condiciones de indigencia.⁴¹

Costos y recursos financieros

La CCSS le cedió a la cooperativa una clínica nueva equipada en aproximadamente un 80% a cambio de la cual la clínica pagó, por una sola vez, un alquiler simbólico (Sojo, 1994:39). La cooperativa se encarga del mantenimiento de la planta física y, en los hechos, del equipo y mobiliario. Al mismo tiempo la cooperativa compra a la CCSS y al MS suministros médicos a precio de costo, y hasta un 15% de gastos administrativos.

El financiamiento de las cooperativas se basa en una fórmula de cálculo que estima el monto mensual como una función de la tarifa mensual per cápita por el número de personas adscritas a la clínica. Este monto se ajusta anualmente de acuerdo a un índice de crecimiento promedio, calculado en base a una variación porcentual anual de los índices de precios al por mayor, general de servicios, de productos químicos y farmacéuticos, y el salario promedio de la empresa privada (Fiedler y Rigoli, 1991:7-8). En 1994 la CCSS le pagó a COOPESALUD US\$ 30 dólares por asegurado residente en su área de atención.

⁴⁰Estos programas se organizan en entorno a poblaciones objetivo: atención materna, al niño, al adolescente, a los enfermos crónicos y a la tercera edad (COOPESALUD, 1993).

⁴¹ Las ferias tienen como antecedente actividades similares realizadas en el "Hospital sin Paredes" de San Ramón a comienzos de la década de 1970.

De acuerdo con un estudio realizado recientemente por la CCSS, el gasto anual por habitante de COOPESALUD no muestra importantes variaciones comparado con el gasto de una clínica de control administrada por la CCSS. Al mismo tiempo, de acuerdo a este estudio, la disponibilidad total de recursos financieros fue mayor en las cooperativas que en las clínicas tradicionales (Zamora y Sáenz, 1994.). Un estudio anterior señalaba que el nivel de eficiencia y la relación costo-efectividad de COOPESALUD eran mejores que los de una clínica tradicional (Fiedler y Rigoli, 1991).

Si bien los estudios de costos proveen información útil, ésta es de difícil interpretación. En primer lugar, las cooperativas y las clínicas administradas por la CCSS presentan diferencias en el modelo de atención (preventiva y curativa en el caso de COOPESALUD), en el propio paquete de servicios (que incluye tanto servicios preventivos como de especialización y cirugía no ofrecidos por la CCSS), y en la cobertura efectiva (% de asegurados que resuelven su problema en niveles superiores de la red de servicios, trasladando costos hacia arriba). Estas diferencias dificultan la comparabilidad de las cooperativas con las clínicas tradicionales.

En segundo lugar los estudios realizados hasta el momento no tienen en cuenta la utilización efectiva que los asegurados hacen de los servicios de las clínicas, ni la transferencia de la demanda de éstas a niveles más altos de atención como producto de la baja capacidad de resolución de problemas de las clínicas administradas por la CCSS. Sería necesario entonces, ponderar los costos de las cooperativas por el nivel de utilización de los servicios, el cual, como lo señalan las propias autoridades de la CCSS, es mayor en las cooperativas.

Descartando que es necesario mejorar la medición y comparabilidad del gasto entre nuevos y viejos modelos de prestación de servicios, los estudios de la CCSS muestran que las cooperativas le cuestan más que las clínicas que ésta misma administra. Por esta razón, las autoridades de la CCSS consideran que la extensión del modelo está sujeta a modificar el mecanismo de financiamiento (Sojo, 1994:41).

Recursos Humanos

COOPESALUD cuenta con médicos (generales y especialistas), odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores de salud, trabajadores sociales, educadores para la salud, inspectores de saneamiento ambiental, nutricionistas y personal administrativo, en total 245 trabajadores. Los técnicos de atención primaria son quince, distribuidos en los EBAIS y capacitados específicamente para ello. Si bien la rotatividad del personal de la cooperativa es muy baja debido a incentivos salariales y ambiente laboral (Sojo, 1994:40), es más alta entre los técnicos de atención primaria, muchos de los cuales realizan esta tarea paralelamente a sus estudios de enfermería.

Participación comunitaria

La participación comunitaria fue muy intensa cuando la cooperativa comenzó a operar. A un inicial rechazo de la futura cooperativa, le siguió un gran apoyo llegando incluso a realizar manifestaciones públicas para lograr la aprobación final del proyecto. Posteriormente, a través de las asociaciones de desarrollo y comités de salud, la comunidad ha participado en el préstamo y la donación de terreno y locales para la instalación de EBAIS así como también en actividades de prevención y educación realizados por los consultorios comunales. La comunidad también tiene representantes en el comité de vigilancia de la cooperativa y, en general, ante cualquier amenaza potencial a la cooperativa, ha sido categórica en su defensa de la misma. Este apoyo se manifiesta en los altos índices de satisfacción de los usuarios de la clínica (ver, por ejemplo, Zamora y Sáenz, 1995; Güendell y Trejos, 1994; Fiedler y Rigoli, 1991; Marín y Vargas, 1991).

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, número de consultas por mes, y recetas promedio) para, de esta manera, mejorar el desempeño durante la propia ejecución de las acciones.

Logros y problemas

COOPESALUD ha alcanzado altos niveles de cobertura, satisfacción de los usuarios y calidad de los servicios, mediante una forma de gestión innovadora, teniendo en cuenta la larga trayectoria de suministro directo de servicios del Estado costarricense (Trejos, 1991). Este modelo disminuye trabas típicas de la gestión pública para la entrega de servicios (Durán, 1993)⁴² al tiempo que asegura el cumplimiento de los fines sociales, más aún, por el tratarse de una cooperativa que persigue, ella misma, tanto fines económicos como sociales.

Si bien no se ha estimado cuánto le costaría a la CCSS proveer directamente los mismos servicios, desde el punto de vista de la institución, hasta ahora la mayor deficiencia del modelo ha sido el no haber contribuido a reducir costos globales. Evidentemente, en un contexto de austeridad fiscal, mejorar la eficiencia no es suficiente.⁴³ 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 la población objetivo para la cual se costean estos servicios.

El impacto en las condiciones de salud de la población del área es difícil de medir debido a la dificultad de obtener datos confiables. Para darle validez a la medición sería imprescindible contar con datos desagregados del distrito debido a la heterogeneidad e inestabilidad demográfica de algunas de sus áreas.⁴⁴ Sin embargo,

⁴²Tales como contratación de personal, salarios, motivación e incentivos, horarios, adquisiciones, remodelaciones, ampliaciones, etc. (Durán, 1993).

⁴³Como lo señalara uno de los cuadros técnicos superiores de la CCSS, en un contexto de austeridad fiscal el objetivo no es necesariamente alcanzar el 100% de eficiencia (entrevista).

⁴⁴Hay que tener en cuenta que la población inmigrante que llega a Pavas trae consigo condiciones de salud del área de procedencia que atenúan el impacto de la clínica y lo hacen desigualmente de acuerdo a las áreas.

las tasas actuales de mortalidad infantil del país, impiden trabajar con un nivel tan alto de desagregación.⁴⁵

Este modelo de gestión ha requerido que la CCSS cree mecanismos para cumplir su papel regulador y contralor de los servicios prestados por la cooperativa, los cuales aún son incipientes.

C. Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS)

Cuanto más sofisticados los servicios, mayor es la utilización que la población, asegurada y no asegurada, hace de los servicios de la CCSS. Actualmente, sólo un 20% del total de los gastos en salud se canaliza privadamente. Por lo 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 no sólo es más costosa sino que además genera una espiral por la cual los servicios decaen ante los cada vez mayores tiempos de espera, descuido de las relaciones médico-paciente, mala calidad de los medicamentos, etc. (Marín y Vargas, 1991). En este marco, la reforma del sector salud impulsa una modernización y una revisión de las políticas de financiamiento con el fin de aumentar la eficiencia en la administración de los recursos (CCSS, 1994).

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 PSR y del PSC, con aquellas del SILOS de Pavas.⁴⁶ Los primeros EBAIS comenzaron a operar en enero de 1995 en las zonas diagnosticadas como de

⁴⁵Para superar este problema, se recomienda agregar la mortalidad infantil en trienios o más años. Esto no es posible en el caso de Pavas, sin embargo, porque o bien se cuenta sólo con datos trienales agregados o bien se cuenta con datos desagregados para un sólo punto en el tiempo (el primer cuatrimestre del año 1995).

⁴⁶Ver por ejemplo Marín y Vargas (1991), documento en el cual se explica la organización institucional de COOPESALUD en el marco de una organización de la salud del país por áreas en las cuales una sola autoridad sanitaria se encargase de administrar los SILOS.

emergencia social por el Plan Nacional de Combate a la Pobreza (PNCP) de la administración Figueres (1994-1998), con el objetivo de acercar los indicadores de salud de estas comunidades al promedio nacional.

Hacia mediados de 1995 existían ya 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).

Organización institucional

En cada área de salud funciona un EBAIS entre cada 4.500 y 5.000 personas, y uno o más equipos de apoyo. Cada EBAIS cuenta con un médico general, además del auxiliar de enfermería y un asistente de atención primaria tal como anteriormente en el PSR y PSC. Si bien tienen cobertura universal, en las zonas de población de ingresos medios y medios-altos, los EBAIS se crean para un número de hasta 10.000 asegurados.⁴⁷ 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 los centros de salud y las clínicas.⁴⁸ 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 de cada área de salud se realiza a través de las direcciones regionales de la CCSS.⁴⁹

⁴⁷Las direcciones regionales de quién CCSS/MS deciden sobre este punto en función de los antecedentes de los servicios en estas áreas.

⁴⁸El proyecto inicial incluía atención del 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 (entrevista).

⁴⁹Durante la fase actual de implementación, las direcciones regionales están participando de un proceso de planificación descentralizada que además pretende lograr una deflación de expectativas propias del contexto de austeridad fiscal.

Costos y recursos financieros

El componente del proyecto de reforma del sector salud que tiene que ver con la creación de los EBAIS ha recibido un préstamo del Banco Mundial de 80 millones de dólares, (sin incluir la contraparte nacional). El fortalecimiento de la infraestructura será financiado con la contrapartida 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 provenientes del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y del Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE). Los restantes serán financiados como aporte de la comunidad y de FODESAF, a través del Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT). En los casos en los se requieren nuevos terrenos, éstos deberán ser donados por la comunidad.

Los componentes financiero y de fortalecimiento institucional del proyecto de reforma incluyen un programa de reducción de la evasión que acompaña la extensión de cobertura (Durán, 1995).⁵⁰ Dado que existe el aseguramiento por el Estado el cual cubre a todos aquellos que no están en condiciones de contribuir al sistema, la cotización no es una barrera para recibir atención. Como parte de la política de "universalización contributiva" existe un proyecto de modificación del decreto que reglamenta la ley de aseguramiento por el Estado, el cual busca precisar quiénes son las personas asegurables por el Estado. Además, se quiere que el aseguramiento de los trabajadores independientes deje de ser opcional y comience a ser obligatorio, ya que constituyen un 20% de la PEA, de los cuales un porcentaje importante utiliza los servicios pero no contribuye al sistema.

⁵⁰Además de reformas administrativas y legales, se necesita un cambio cultural por el cual se perciba que los servicios no son gratis sino que se pagan entre todos los asegurados (entrevista).

No existe aún una estimación de los costos de la canasta básica de servicios ofrecidos por los EBAIS.⁵¹ Sin embargo, y siguiendo la metodología de cálculo de costo-efectividad del Banco Mundial, se espera contar pronto con dicha estimación. En cualquier caso, y aunque no están definidos con precisión, los indicadores que serán usados para medir el impacto del programa se centrarán en las condiciones sanitarias de la población (niveles de mortalidad infantil y morbilidad, cobertura de vacunaciones, etc.), en la demanda de servicios de emergencia, y en la estructura de la demanda sobre el segundo nivel de atención.

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 (CENDEISS) dependiente de la CCSS. En particular, ha requerido la rápida capacitación de los técnicos de atención primaria. El entrenamiento básico es similar al que recibieran los asistentes del PSR y del PSC. 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. A junio de 1995 se habían capacitado 250 de estos técnicos y otros 250 se encontraban recibiendo dicha capacitación.

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

⁵¹De los tres componentes de la reforma, readecuación del modelo, fortalecimiento institucional, y financiamiento, el primero, que incluye la creación de los EBAIS, es el que está más avanzado (entrevista). Para el costeo de la canasta básica de servicios se utilizará la metodología costo-efectividad del Banco Mundial.

Control, monitoreo y evaluación

El proceso de reforma del sector salud es aún incipiente y los aspectos de control, monitoreo y evaluación están aún siendo definidos. Sin embargo, se pretende que sea la propia asignación de recursos la que tenga un papel central en este sentido. Actualmente se está desarrollando un sistema de asignación de recursos al primer nivel de atención que incluye el diseño de los productos, los pagos para su ejecución (per cápita u otros); los mecanismos de adscripción de la población a cada EBAIS, y los sistemas operativos que permitan sistemas de control y evaluación de resultados (CCSS 1995:7).

Logros y problemas

El impacto del nuevo modelo de atención no podrá ser evaluado antes del año de funcionamiento, es decir, enero de 1996 en el caso de los primeros EBAIS. Mientras tanto, es posible decir que el personal de algunas zonas nota una disminución de la demanda de servicios de la clínica, o dependiendo de los casos del hospital regional tanto en ingresos como en consultas a especialistas. Uno de los mayores obstáculos que los EBAIS podrían presentar es la reasignación geográfica del personal que se requiere.

Tal y como lo hicieron antes los programas de atención primaria, la actual reforma del sector salud, promueve una igualación de los servicios desde la propia "base" del sistema. Una vez que la población accede al nivel primario de atención, o bien se resuelve la demanda, 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 ya muy alta cobertura, 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 mantener un compromiso político y una alta inversión pública en salud.

2.1.4 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 acciones dentro de una red sanitaria que atiende a quienes requieren de servicios curativos de mayor nivel, especialmente cuando esta población depende del Estado para tener acceso a dichos servicios.

El impacto de COOPESALUD y de los EB AIS en las condiciones de salud de la población es aún difícil de medir. Sin embargo, si consideramos los logros alcanzados por los PSR y PSC y la continuidad en el modelo de atención entre aquellos y estos programas, podría esperarse que ambos mejoren las condiciones de salud de la población de escasos recursos.

Una pregunta que queda abierta es cuál sería su efectividad de no contarse con esta red sanitaria de nivel superior. De los tres programas presentados, COOPESALUD ofrece un modelo de atención adecuado para atender a la población rural o urbano-rural sin, o con un deficiente acceso a servicios de salud. El modelo EB AIS, por su parte, es implementable o bien como un programa selectivo destinado exclusivamente a población de escasos recursos, o bien como un programa universal destinado a proveer básicos 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. Este podría provenir tanto exclusivamente del Estado a través de impuestos o de aporte tripartito, mediante fondos de cooperación internacional o financiamiento mixto que incluya participación comunitaria, organizaciones no gubernamentales, etc. Más aún, estos programas pueden potencialmente 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 ejecución del gasto social (ver Mesa-Lago, 1994:172).

Indudablemente, los logros que ha alcanzado Costa Rica en materia de salud se han basado en una voluntad política de incorporar a la población 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 le ha permitido al país igualar desde abajo el acceso a los servicios mediante su entrega a bajo costo. Al mismo tiempo, no hay que desconocer que estas políticas son generadoras de demanda y que, en parte, su efectividad radica en ser complementadas con el segundo nivel de atención y la red hospitalaria en general.

En segundo lugar, la atención primaria consiste en técnicas sencillas y de bajo costo, aún para poblaciones en las cuales coexisten viejas enfermedades con nuevas patologías. Sin embargo, el enfoque de atención primaria requiere de una alta colaboración de la población con los técnicos de salud. Esta puede ser resistida y/o volverse ineficiente si la población desconfía del sistema médico tal como puede ocurrir en condiciones de violencia social o política.

En tercer lugar, la viabilidad de la estrategia puede a veces depender de la anuencia de los colegios profesionales a compartir "nichos" de servicios que en principio les han sido exclusivos (como el caso de las acciones preventivas por parte de las técnicas de atención primarias, asistidas inicialmente por los auxiliares de enfermería).

Finalmente, cuanto más avanzada la transición epidemiológica, las acciones de atención primaria requieren 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 efectos de la expansión de servicios de atención primaria en el país. Una hipótesis es que a mejor resolución en el primer nivel, menor presión sobre la consulta externa en el segundo. Otra hipótesis es que a mejor cobertura y detección de problemas de salud en el primer nivel, mayor presión sobre la consulta externa en el segundo.

Modelo de gestión

La prestación de servicios programados para pequeñas unidades geográficas ha sido efectiva en ofrecer servicios a 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 objetivo.

En tanto gestionadora de un área de salud, COOPESALUD representa una importante innovación en materia de suministro indirecto de servicios públicos. Si bien los costos actuales son relativamente altos para recomendar replicar este modelo, los costos reflejan, en gran medida, la falta de experiencia del Estado (en este caso la CCSS) para ejercer una función de financiación y regulación de servicios. Ninguno de los aspectos técnicos involucrados en aumentar la viabilidad financiera de las cooperativas (reconsideración de la fórmula de cálculo por asegurado atendido y de la canasta de servicios que ofrece la cooperativa) cuestiona el modelo de gestión como tal.

En este sentido, más que demostrarse la no viabilidad financiera de delegar la prestación de servicios a organizaciones privadas, las cooperativas muestran que ésta debe ser paralela a transformaciones en el propio aparato burocrático que las regula, financia, da seguimiento y evalúa. De hecho, la existencia de las cooperativas ha demandado que la CCSS comience a desarrollar una práctica de seguimiento y control que no existía anteriormente. Más aún, la experiencia de la CCSS con las cooperativas

puede ofrecer lecciones dada la tendencia actual a promover la asignación de recursos en base a objetivos como mecanismo de racionalizar el gasto público.

Participación comunitaria

Los programas presentados permiten, en teoría, un alto grado de participación comunitaria mediante el co-financiamiento de infraestructura, el mantenimiento y el control de los servicios. COOPESALUD ha demostrado que es posible incorporar a la comunidad organizada en un grado mayor que los programas de atención primaria que le precedieron, al menos, de acuerdo a los pocos datos con los que se cuenta. La propia ausencia de información que permita estimar la magnitud del aporte comunitario en el gasto social mediante donaciones, trabajo voluntario, etc., evidencia la invisibilidad de la participación comunal. El interés actual por incorporar a las comunidades en la prestación de servicios sociales se manifiesta en la preocupación por comenzar a documentar el aporte comunitario, tanto cuantitativa como cualitativamente.

En suma, en materia de servicios de salud destinados a la población de escasos recursos, los tres ejes del modelo costarricense son: el énfasis en la estrategia de atención primaria para la salud; la responsabilidad estatal en el control y financiamiento de los servicios; y todavía incipientes pero renovados intentos por incorporar a la sociedad civil organizada en las nuevas modalidades de gestión y control.

2.2 Las Políticas de Educación Básica

La educación es uno de los factores determinantes para la erradicación de la pobreza. Según el Banco Mundial, no existe programa social alguno, ya sea en países industrializados o en desarrollo, con mayor impacto a largo plazo en el crecimiento económico y en la reducción de la pobreza que las inversiones en educación. 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 de los ingresos. El incremento del promedio de años en educación se traduce en un ascenso del Producto Interno Bruto (World Bank, 1995, p. 4).

Distintos estudios en el ámbito local (Sauma y Hoffmaister, 1980; Rodríguez y Smith, 1994 y Montiel, 1995) corroboran cómo la probabilidad de pobreza de un hogar se reduce al aumentar la educación del jefe del hogar. Por ejemplo, Rodríguez y Smith (1994) encuentran que partiendo de una familia típica, que reproduce el perfil de la familia pobre, su probabilidad de pobreza se reduce en 10 puntos porcentuales si el jefe ha finalizado la primaria. La reducción en la probabilidad crece aceleradamente conforme aumenta la escolaridad. Similares resultados son encontrados en el ámbito latinoamericano (Psacharopoulos et al., 1993: 112), donde se observa una clara asociación entre la provisión de servicios de educación, el mejoramiento en la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza.

La sociedad y el Estado costarricense lo han entendido así y desde los inicios de la vida independiente se desarrolló una política muy activa, y poco común, por universalizar la educación básica y erradicar el analfabetismo⁵². Esta política ha seguido un proceso que podría mostrar las siguientes etapas: aumento de la cobertura para reducir el analfabetismo, ampliación de los años de escolaridad y mejoramiento de la calidad del servicio.

⁵² Rama (1994:33) señala que Costa Rica "...es la única sociedad en América Latina que, siendo fundamentalmente agrícola y rural, generalizó la alfabetización y la educación primaria."

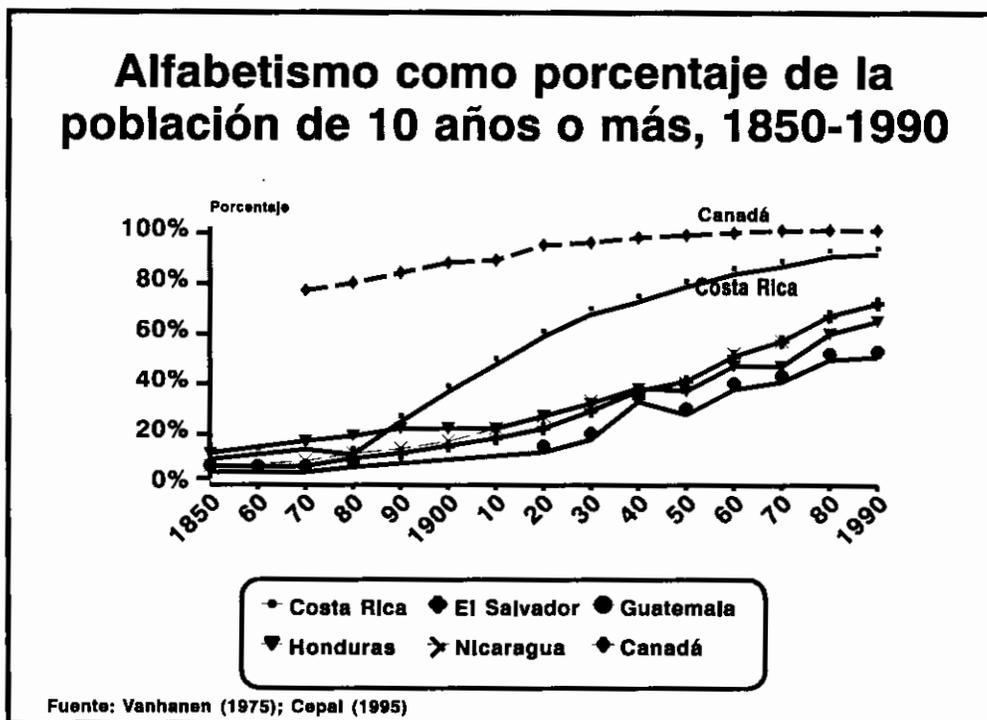


Figura 6

2.2.1 Los logros de la política de educación básica

El proceso de universalización de la educación primaria adquiere fuerza y permanencia a partir de los años 1885 a 1889, cuando accede al poder el grupo liberal y Mauro Fernández, quien fuera simultáneamente Ministro de Hacienda y de Instrucción Pública, introduce un conjunto de reformas educativas que permiten crear un sistema de educación nacional (Rama, 1994).

La Figura 6 muestra claramente el impacto de estas reformas y de las políticas seguidas a partir del decenio de 1880. Antes de estos años, Costa Rica no se diferenciaba del resto de los países de la región. A partir de aquí muestra un salto impresionante que la ubica ya en la década de los treinta, en niveles de alfabetización cercanos a, por ejemplo, Canadá 50 años antes.

El resto de los países del área, si bien empiezan a mejorar posterior y más lentamente, muestra aún rezagos importantes. El Salvador, que ostenta el porcentaje de alfabetización mayor, tiene en 1990 una tasa similar a la que tenía 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 grados de alfabetización similares a los de Costa Rica alrededor de 1915.⁵³

Visto este proceso de alfabetización al interior del país, como se presenta en el Cuadro 4 que incorpora las tasas de analfabetismo para la población de 10 o más años, se corrobora la fuerte mejoría que se da a través de todo el período de 120 años considerado. En la primera mitad de ese período, entre 1864 y 1927, el analfabetismo se reduce en un 74 por ciento, en tanto que en los 60 años posteriores la disminución es del 79 por ciento.⁵⁴ Desde una perspectiva de sexo, 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 prácticamente desaparecen y las tasas de analfabetismo no muestran diferencias por sexo.⁵⁵ Desde una perspectiva regional, el esfuerzo inicial refleja un mayor énfasis urbano, sin embargo desde el inicio se presentan importantes mejorías en el ámbito rural, de modo que ya para 1927 esta zona muestra niveles de alfabetización superiores a los promedios nacionales de prácticamente todos los países de la región centroamericana en la actualidad. En cualquier caso, aunque el analfabetismo es bajo en la zona rural (10%), sigue siendo tres veces superior al mostrado en las zonas urbanas, lo cual sin duda continúa siendo un reto para el combate a la pobreza.

⁵³ Con posterioridad al 1970 no se disponen de datos confiables para Nicaragua, sin embargo es de esperar que presente una situación similar o quizás superior a la de El Salvador.

⁵⁴ 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 la población. De todos modos, tal como lo muestra la Figura 6, no se presentan variaciones en ese lapso.

⁵⁵ A comienzos de los noventa, la alfabetización sigue siendo menor entre las mujeres en Guatemala (14% menor), El Salvador (7% menor) y Honduras (3% inferior), no se dispone de datos para Nicaragua (PNUD, 1994).

La expansión de la educación básica actúa contra la pobreza en dos dimensiones. A nivel microindividual permite a la persona una mejor inserción al mercado de trabajo y el desarrollo de una actividad con mayor productividad y por ende mayor retribución. A nivel macro posibilita un mayor crecimiento económico y por esta vía una ampliación de las oportunidades ocupacionales.

Cuadro 4.
Costa Rica: Tasas analfabetismo por sexo y zona
Población de 10 años o más de edad

Región y Sexo	1864 1/	1927 2/	1950	1963	1973	1984
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

n.d.=Información no disponible

1/ Se refiere a la población total

2/ Se refiere a la población de 9 o más años.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos; Censos de Población.

La información sobre producción (ver Figura 7) está disponible a partir de 1920 (Bulmer-Thomas, 1989) y muestra un despegue significativo del país a partir de mediados de este siglo. Como señala Rama (1994:11), en 1920 Costa Rica era la penúltima economía centroamericana en cuanto a la magnitud del producto interno bruto (PIB) y

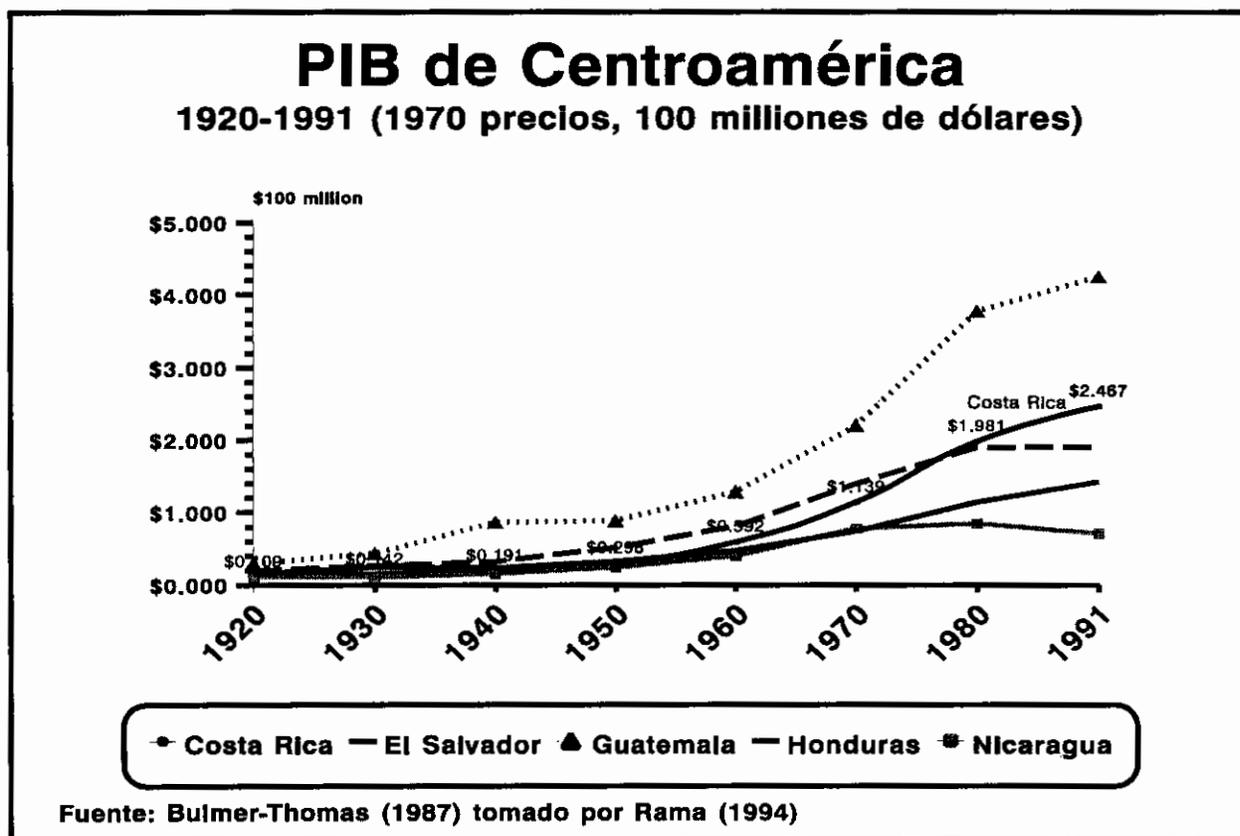


Figura 7

continuaba en esa posición 30 años después (1950) a pesar de crecer más rápidamente.⁵⁶ A partir de entonces se produce un despegue de modo que para 1991 el PIB total es tres veces superior al de Nicaragua, casi el doble de Honduras, un 20% mayor al de El Salvador y más del 70% del de Guatemala, producto de un crecimiento acumulado que prácticamente duplicaba al del resto de las economías del área.

Esta información, vista en términos per cápita y actualizada a 1994, aparece por quinquenios en la Figura 1 (en la primera sección de este documento). Ahí se observa que si bien el PIB per cápita de Costa Rica era superior al de los otros países, su magnitud y sobre todo su evolución, no se diferencia de la del resto de los países hasta los años cuarenta. A partir de ahí se corrobora el salto que da la economía costarricense, la cual

⁵⁶ 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).

logró crecer no solo más rápidamente sino también más sostenidamente. La figura 1 muestra también que el país es el único que logra recuperar el terreno perdido durante la crisis de la deuda y reiniciar el proceso de crecimiento. Así mientras que en 1945 el PIB per cápita de Costa Rica no superaba en más del 48% al de los otros países del área, para 1994 éste resulta el doble del de Guatemala, cerca del triple del PIB per cápita de El Salvador y Honduras y más de cinco veces el de Nicaragua.⁵⁷

Estos resultados sugieren el impacto que la política educativa tuvo en 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 (Garnier e Hidalgo, 1991).

Entre 1960 y finales de los setenta la incidencia de la pobreza se redujo del 50% de las familias a alrededor de una quinta parte de ellas. Aunque en los ochenta se presenta un repunte coyuntural, producto de la crisis de la deuda, la incidencia de la pobreza retoma su descenso a mediados de este decenio (Trejos, 1995 y figura 2). Aquí cabe señalar sólo que ya para mediados de los ochenta, mientras Costa Rica tenía cerca de una cuarta parte de la población en situación de pobreza, el resto de los países de la región, en promedio, triplicaba este porcentaje (Menjívar y Trejos, 1992).⁵⁸ Por otra parte, según la CEPAL (1992), la pobreza había aumentado entre 1980 y 1990 en todos los países del itmo, con la única excepción de Costa Rica.

2.2.2 Las etapas de la universalización de la educación primaria

Una de las características de la expansión de la educación básica en Costa Rica es que siguió una especie de etapas, cada una de las cuales implicaba tratar de alcanzar objetivos más ambiciosos.

⁵⁷ Estas diferencias son un tanto menores, pero aún significativas si se computa a dólares de 1980 (CEPAL, 1995).

⁵⁸ Estas diferencias, para los países en que disponen de información, son similares según CEPAL (1994) y mucho más abultadas según Psacharopoulos et al. (1990)

La alfabetización: primera etapa del proceso

La ampliación de la educación básica persiguió en una primera etapa aumentar la cobertura con el fin de alfabetizar la población y no necesariamente ofrecerle una educación primaria completa y de calidad, elementos que de hecho se perseguían pero para ámbitos geográficos más limitados (centros urbanos: capital y ciudades intermedias).

Según la Ley de Educación Común en su reforma de 1890, las escuelas se clasificaban en tres órdenes. Las de primer orden alcanzaban la enseñanza primaria completa, algunos estudios de contabilidad e idiomas. Las de segundo orden ofrecían hasta el quinto grado. Las de tercer orden ofrecían hasta el tercero, y su énfasis era enseñar a leer y escribir y a realizar operaciones matemáticas básicas. Para 1899, sólo el 6% de los establecimientos eran de primer orden, concentrados en la capital y sus lugares cercanos, en tanto que 74% de las escuelas eran del tercer orden. Para 1950, las escuelas se habían más que triplicado y las de primer orden representaban ya el 17%, lo que significaba que su número habían aumentado en casi 10 veces. Esta expansión se da fundamentalmente a costa de las de segundo orden ya que las del tercer orden seguían representando el 72% de los establecimientos totales (Rodríguez, 1994). Ello muestra que si bien en este período se da un ligero mejoramiento de la calidad de la educación, debido al aumento de las escuelas completas o de primer orden, continúan predominando las de tercer orden con su énfasis en la alfabetización.

Aunque para algunos autores como Quesada (1990) esta estratificación de escuelas institucionalizaba la fosa entre la escuela rural y la escuela urbana, lo cierto es que fue el mecanismo que permitió el acceder de la población rural (que representaba el 80% de la población en ese momento) a las escuelas y es lo que explica la alfabetización lograda. Como se muestra en la Figura 8, la relación inversa entre la asistencia escolar y el analfabetismo es bastante clara.

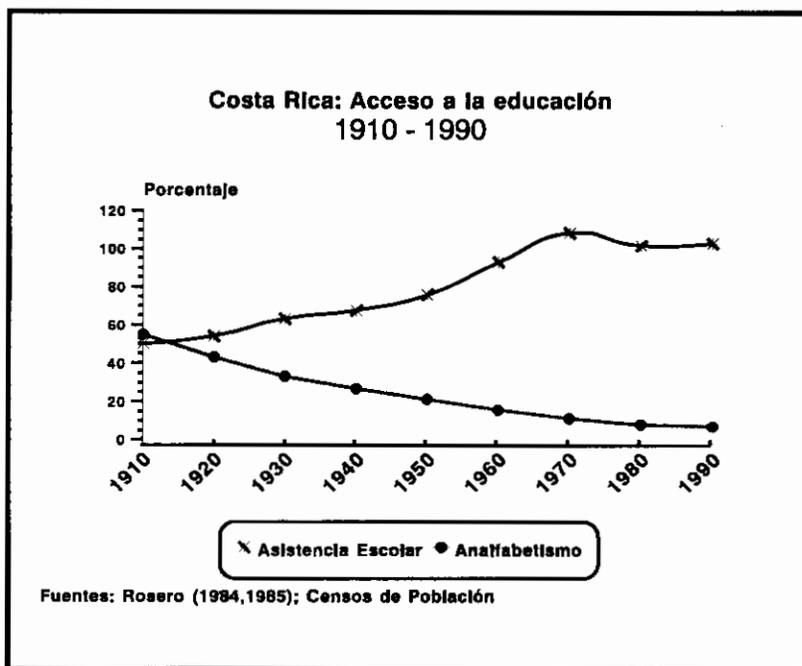


Figura 8

Para 1960, el 72% de las escuelas seguía siendo de tipo incompleta (no ofrecía todos los grados). A partir de ahí se sigue una política agresiva con el establecimiento de la escuela unitaria (maestro único de primero a sexto grado), facilidades en cuanto a planta física, mobiliario y material didáctico y capacitación para escuelas de uno, dos o tres maestros. Esto hizo que para 1969, el porcentaje de escuelas incompletas se redujo al 14% (MEP, 1971:63). Si bien actualmente no existen escuelas incompletas, las escuelas unidocentes representan todavía cerca del 40% de los establecimientos, lo que muestra la existencia de una brecha en la calidad que es necesario superar. No obstante, menos del 10% de los alumnos de primaria asiste a este tipo de establecimiento. Así, la escuela unitaria o unidocente fue la estrategia para generalizar la educación primaria en las zonas rurales con población dispersa.

Aumento de los años de estudio: segunda etapa del proceso

Como se deduce de la sección previa, la preocupación por el aumento en el número de años promedio de escolarización surge con acciones que tienen impacto en el decenio de los sesenta. En esta década, ya el 80% de la población se encontraba alfabetizada. El Cuadro 5 se presenta los años de educación promedio para algunos grupos etarios.

Cuadro 5

Costa Rica: Años promedio de educación de la población de 10 años y más

Grupos de edad, zona y sexo	1950	1963	1973	1984	1991
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

n.d. = Información no disponible

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos: Censos de Población

Partiendo del grupo de 10 a 14 años, que indica que en el quinquenio previo estuvo en los primeros años de escuela, el cuadro muestra que en promedio, para finales de los cuarenta, esta población había accedido a tres años de escuela, coincidente con el predominio de las escuelas de tercer orden o incompletas. Esta situación mejora sistemáticamente hasta finales de los setenta y principios de los ochenta (dato de 1984) cuando los años promedios alcanzan un máximo de 4,7.⁵⁹ Esta mejora se da sin mayores diferencias entre la población de ambos sexos, y en ambos dominios geográficos a pesar de que en el ámbito rural se mantiene ligeramente por debajo. En el decenio de los ochenta se revierte el proceso, aumentando la deserción escolar con motivo de la crisis económica.

El grupo etario siguiente, de 15 a 19 años, que incluye a la población con capacidad de completar la primaria en el lustro previo al año mostrado, refleja esta evolución favorable de modo que para finales de los sesenta (dato de 1973), la población de jóvenes de ambos sexos mostraba la primaria completa como escolaridad promedio. A finales de los setenta ya alcanzaba por lo menos un año de educación secundaria. En la zona urbana ya a finales de los cincuenta la población urbana completaba la primaria, es tanto que para los jóvenes rurales, ello sólo fue posible hacia finales de los setenta con la sustitución de las escuelas incompletas por las unidocentes.

Para la población que ya superó la edad de acceder al sistema educativo básico (de 25 años o más) se observa la misma tendencia al mejoramiento aunque con el rezago esperado. Aquí sólo cabe señalar el distanciamiento que se da entre las regiones, ya que mientras que para finales de los cincuenta la escolaridad urbana era sólo un 6% superior a la rural, para los decenios siguientes las diferencias son superiores al 50% sin tendencia a decrecer. Esto es producto de la expansión de la educación secundaria que tiene un sesgo claramente urbano.⁶⁰

⁵⁹ 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 la asistencia de 100%, el no rezago ni la repetición.

⁶⁰ La educación secundaria permanece prácticamente inalterada durante la primaria 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 (Rodríguez, 1994:153). La expansión de la secundaria empieza a partir de los cincuenta, al incorporar como rango constitucional en 1949, su

Este sesgo urbano se constata claramente en las tasas netas de escolaridad mostrados en el Cuadro 6 para algunos grupos de edad. La población con edad en asistir a primaria muestra una cobertura muy generalizada, aunque no completa, sin diferencias por sexo o zona. Estas diferencias empiezan a surgir por zona y en menor medida por sexo, posiblemente como consecuencia de las diferencias zonales, a partir de las edades en que se asiste a la secundaria. El acceso de la población rural si bien mejora a través del tiempo, aún es cerca de la mitad del urbano y presenta una mayor vulnerabilidad a la situación económica. Ello es claro para 1984, como producto de la crisis de principios de los ochenta la asistencia al colegio se redujo para posteriormente recuperarse.

Políticas selectivas para aumentar impacto en los pobres

En la provisión de los servicios básicos como los de educación primaria, no basta con disponer de oferta para garantizar el acceso de los grupos más pobres sino que debe promocionarse su uso. En el campo educativo, el instrumento más utilizado ha sido el de la alimentación complementaria a través de comedores escolares. Con ellos se ha buscado no sólo atraer y retener a los estudiantes pobres a la escuela sino también permitir un mejor aprovechamiento del proceso de aprendizaje. Estas políticas buscan incluir a los pobres en los programas universales.

La preocupación del Estado costarricense en materia alimentaria y nutricional de los niños escolares data desde principios de siglo. Ya en 1927, se da un decreto que establece que el Ministerio de Salud debía dar un aporte económico al Ministerio de Educación para el sostenimiento de cantinas escolares precursores de los actuales Comedores Escolares. En 1947 se incorporan a este aporte económico los impuestos a la cerveza y en 1950 el impuesto a la fanega de café producida. En 1949 se introduce en la Constitución Política de la República el artículo 82 que dice: "El Estado proporcionará alimento y vestido a los escolares indigentes, de acuerdo con la Ley".

Cuadro 6

**Tasas netas de asistencia o escolaridad neta
por zona y sexo para algunos grupos de edad:
Porcentaje de la población de cada edad que asiste a algún centro educativo**

Grupos de edad, zona y sexo	1950	1963	1973	1984	1991
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.

En 1951 el Gobierno, junto con la UNICEF, dio inicio a un programa a través del cual de 105 mil niños de las escuelas públicas, sobre todo de áreas rurales recibieron diariamente leche, mantequilla, carne y frutas. Este programa también incluyó a las madres de estas zonas en estado de gravidez y lactancia, (Picado 1987). En 1961, con fondos de la Alianza para el Progreso, se impulsó el Programa Cooperativo de Nutrición. En la ejecución del programa participaban los Ministerios de Educación Pública, Agricultura, y Salud con la asistencia técnica de la FAO, UNICEF y OMS. Con este programa se entregaba un producto de alto contenido nutricional a todos los comedores escolares (MEP, 1971:195) y se apoyaban a los administrados por los patronatos escolares los cuales contaban con exiguos recursos. A pesar de todos los esfuerzos por consolidar el programa no es sino hasta finales de 1974, con la creación del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), del cual provienen la mayor parte de los recursos destinados a los programas de alimentación complementaria.

El programa de comedores escolares se reestructura con la participación del Ministerio de Educación (MEP), el Ministerio de Salud (MS), la Oficina de Control de Asignaciones Familiares (OCAF) y el Ministerio de Transportes (MOPT). Al MEP le recayó la responsabilidad en la ejecución y administración del programa, proceso en el que intervienen también la OCAF (control y compra de alimentos), el MS (pagó a las servidoras domésticas o cocineras y en algunos períodos con el manejo de los alimentos) y el MOPT (construcción y mantenimiento de los comedores).

A partir del año 1987, el MEP, MTSS y MS asumen conjuntamente el Programa de Comedores Escolares, bajo nombre de Programa de Alimentación y Nutrición del Escolar y del Adolescente (PANEA). A partir de 1989 el Ministerio de Educación asume por completo la ejecución administrativa del Programa. Transformando su anterior Departamento de Asignaciones Familiares 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.

Con la reestructuración en 1975 gracias al apoyo financiero del FODESAF, el programa de comedores escolares buscaba principalmente ofrecer dos comidas calientes (desayuno y almuerzo) a todos los escolares del país y suplementariamente educación

nutricional. Explícitamente se planteó la no selectividad del servicio de forma tal de no estigmatizar a los beneficiarios de bajos ingresos. Con la crisis económica de principios de los ochenta, los cambios en las prioridades de asignación de los recursos del FODESAF, los aumentos en la cobertura por inclusión de nuevas escuelas y de los colegios (secundaria), y la carga de los costos fijos por concepto de pago a las cocineras del programa, los recursos reales se le fueron reduciendo en forma importante. Se estima que entre 1981 y 1984 el consumo medio de calorías por mes y por beneficiario se redujo en un 50% (Banco Mundial, 1990a:58).

Debido a la reducción de recursos se introdujo una selectividad geográfica y el objetivo de apoyo nutricional a la población escolar fue perdiendo pertinencia mientras el objetivo educativo que lo acompañaba iba ganando en importancia. Eso ocurrió paralelamente a un interés por facilitar la participación activa de la comunidad en la administración y la ejecución del Programa.

La selectividad geográfica establece tres categorías de escuelas para el servicio de comedor, de acuerdo a su grado de pobreza. Los centros ubicados en prioridad I ofrecen un almuerzo diario aunque el horario sea alterno (mañana y tarde), mientras que los centros ubicados en las otras dos prioridades ofrecen un refrigerio. En cualquier caso, si bien este servicio está disponible para todos los estudiantes del centro existe libertad de acceso a él, por lo que hay un elemento de autoselección incorporado. No se conoce sin embargo, ni la importancia relativa, ni el grado de asociación con el nivel socioeconómico del estudiante que este elemento tiene. El servicio se da en todos los casos durante los días lectivos del año escolar (aproximadamente 160 días).

El cambio de prioridad queda claro al constatar como el PANEA define en la actualidad el servicio de alimentación escolar. Este se concibe como el conjunto de actividades mediante las cuales el educando practica las enseñanzas sobre alimentación y nutrición que los maestros le enseñan en clase. Las tres principales actividades son el comedor, la huerta y la huerta. En el comedor los estudiantes ponen en práctica lo aprendido en el aula acerca de dietas balanceadas y nutritivas y preparación y consumo adecuado e higiénico de alimentos disponibles. En la huerta escolar participa la comunidad, se pone en práctica lo aprendido sobre siembra, producción y cosecha de

alimentos animales y vegetales. La soda escolar se utiliza para ejemplarizar la venta y consumo de alimentos frescos y nutritivos y la preparación higiénica de alimentos. El patronato escolar, las juntas de educación y el cuerpo docente son los encargados de supervisar el cumplimiento de las normas. A pesar de consistir en tres actividades, los gastos claramente identificables son aquellos incurridos en el servicio de comedor ya que en las otras actividades los que intervienen son los docentes y la comunidad.

Resulta difícil estimar el número de beneficiarios del programa, dado que el dato que se maneja es el relativo a la matrícula inicial de los establecimientos en que existe un comedor escolar sin embargo, las cifras más recientes disponibles (1991) señalan la existencia de 452 mil beneficiarios provenientes de 3236 centros educativos. Cerca del 95% de estos centros corresponden a escuelas primarias y aglutinan alrededor del 90% de los beneficiarios. Globalmente, el comedor escolar existe en más del 90% de las instituciones públicas de educación primaria y secundaria del país.⁶¹ El programa se inicia en 1975 con 118 mil alumnos beneficiarios. Cinco años más tarde (1980) los beneficiarios superaban los 400 mil (Picado, 1987). A partir de ahí el número se ha mantenido relativamente estable (Trejos, 1992 b).

Más recientemente (1994) la selectividad geográfica se ha ampliado a las escuelas urbano marginales y las escuelas rurales unidocentes las cuales reciben un tratamiento prioritario a partir del fortalecimiento de los recursos que destina el FODESAF a este programa. Estos dos tipos de escuelas forman parte de un nuevo programa selectivo cuyo objetivo es aumentar la calidad de las escuelas a las que asisten mayoritariamente niños pobres. Este programa pretende mejorar la calidad de la enseñanza en las escuelas urbano-marginales a través de las mejoras en infraestructura, equipo y mobiliario, capacitación de maestros, fortalecimiento de la informática educativa e introducción de la enseñanza del inglés. Pretende además mejorar el aprendizaje de los alumnos

⁶¹ Un problema de este programa es la ausencia de estadísticas sobre beneficiarios y comedores existentes. Estas se suspendieron desde inicio de los ochenta y sólo recientemente se ha retornado la labor. Cabe señalar que en 1979 las escuelas privadas representaban el 2,2% de los establecimientos, se reducen durante la crisis económica al 1,3%. A partir de entonces crecen sostenidamente, con el mejoramiento económico y el deterioro de la calidad de la escuela pública. En 1985 cubrían al 1,6% de las escuelas en 1990, al 3,1% y en 1994 al 4,0%. En términos de matrícula los cambios son menos fuertes ya que cubrían al 3,5% de los alumnos en 1986 y al 4,9% en 1994 (MEP, 1994).

introduciendo programas de apoyo educativo como las aulas recurso para alumnos con problemas de aprendizaje y el nombramiento de un equipo interdisciplinario (psicólogo, orientador y trabajador social) que trabajen tanto con los alumnos como con la comunidad. Asimismo busca incrementar la asistencia de los estudiantes a través de la ampliación de incentivos con la participación de los padres y alumnos. Entre estos figuran además del mejoramiento de los comedores escolares, la entrega de útiles escolares y uniformes, el otorgamiento de becas, facilidades de transporte y el acceso directo a los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. Para las escuelas unidocentes se incluye también la incorporación de técnicas multimedios con la introducción de la computación y la televisión, paralelo a una capacitación específica a los docentes⁶² (Segunda Vicepresidencia, 1994).

Mejoramiento de la calidad de la educación

Superado en gran medida el problema de cobertura, el mejoramiento de calidad se torna prioritario. Esta preocupación, si bien estuvo presente durante todo el proceso y se manifiesta en las preocupaciones por mejorar la calidad de la educación no es sino hasta el decenio de los ochenta cuando surgen políticas novedosas en este campo.⁶³ Estas políticas surgen como respuesta a un proceso de deterioro de la calidad de la educación básica debido principal, aunque no exclusivamente, a la caída de los recursos reales con los cuales contaba el sector. Esto a su vez fue el producto de la crisis económica de inicios de los ochenta, el cual llevó a un proceso de desinversión y empobrecimiento de los maestros lo que se tradujo en un aumento de los maestros sin calificación (Sanguinety, 1988a, The World Bank, 1991).

En la segunda mitad de los ochenta, la preocupación por los efectos de la crisis económica en la calidad de la educación da lugar a un conjunto de acciones. Las pruebas nacionales que se realizan para medir la calidad (1987) corroboraron el deterioro sufrido. Para revertir esta situación se introducen exámenes de graduación a nivel de sexto grado,

⁶² Se estima que el 90% de las escuelas unidocentes tienen acceso a energía eléctrica.

⁶³ 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.

se ponen en marcha programas de capacitación de maestros, se buscan recursos externos que apoyen la recuperación de la infraestructura educativa⁶⁴ y se introduce el programa de informática educativa (Trejos, et al. 1994). Dado que este programa incorpora elementos novedosos a continuación se detalla.

2.2.3 El Programa de Informática Educativa (PIE)

El Programa de Informática Educativa (PIE) surge en 1988 de una vaga promesa de campaña que antecede a la Administración Arias y que se resume en “una computadora en cada escuela” y la “modernización de la educación costarricense”. Antecedentes del programa fueron la creación de la Asesoría de Informática en el Ministerio de Educación Pública (MEP) a partir de 1983 y la instalación de una docena de centros experimentales de cómputo en centros de educación secundaria.

Características generales

El programa surge de un diseño cuidadoso por parte de una comisión de alto nivel técnico, formada por el presidente Arias. Esta comisión se alimenta de dos seminarios organizados por el MEP durante 1987. De ella surge la propuesta de crear laboratorios en las escuelas primarias con estas metas: i) usar la computadora como complemento educativo y no como una forma de solo transferir información; ii) basarse en los maestros para su ejecución; iii) apoyar el cierre de la brecha de calidad entre las escuelas; iv) subsanar al mismo tiempo las limitaciones que el ambiente social y familiar impone a los niños de los hogares pobres, iniciando en escuelas rurales y urbano marginales; v) y crear un ente privado para su ejecución. Este ente privado sin fines de lucro, la Fundación Omar Dengo (FOD), tendría entre sus objetivos dotar al MEP de los recursos económicos y tecnológicos necesarios para operacionalizar el proyecto (Badilla, 1991). La creación de la FOD ha sido vista como un caso inusual donde el gobierno desea proteger el proyecto

⁶⁴ Este proceso concluye con un préstamo por parte del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo para mejorar la calidad de la educación primaria. Este préstamo por US\$ 61,5 millones se concreta en 1991, y empieza los desembolsos en 1993. El componente principal es el de infraestructura (The World Bank, 1991).

de su propia burocracia (Papert, 1993) y eventualmente, aunque con menos éxito, de los propios políticos.

Como objetivos específicos del programa se establecen el contribuir al mejoramiento de la calidad de la educación primaria y al desarrollo de una nueva actitud entre estudiantes y maestros frente a la ciencia y la tecnología, así como estimular procesos de aprendizaje, creatividad y pensamiento lógico en los alumnos y docentes (Fonseca, 1991). La introducción de los estudiantes pobres a esta nueva tecnología les amplía las oportunidades ocupacionales futuras y contribuye a potenciar su movilidad social a través de la educación.

Para el arranque del programa se realiza una licitación privada en las que los cotizantes debían aportar tanto el equipo como los programas, e incluso montar pruebas piloto. Se selecciona a IBM que ofrece como programa el lenguaje Logo Escritor, basado en el enfoque cognoscitivo sobre el aprendizaje de Jean Piaget, así como la asesoría del Dr. Papert, creador del lenguaje y de su equipo de investigación del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT). Cada laboratorio cuenta con 20 computadoras en red y una impresora, 19 de la línea PS 2/25 y una PS 2/50 que actúa como organizadora, todas con monitor a color. Recientemente se han empezado a introducir computadoras con disco duro, para trabajo individual y no en red, aunque no existe consenso dentro de la FOD sobre la mejor opción. Los alumnos asisten dos horas a la semana y trabajan en pares, supervisados por el maestro encargado del laboratorio, quien ha sido previamente capacitado y al que se le remunera como recargo de jornada.

El PIE arrancó en febrero de 1988 con el entrenamiento de los maestros que se harían cargo, a partir de marzo, de los primeros laboratorios. Este entrenamiento fue realizado por los tutores nacionales, previamente capacitados en el MIT. El proyecto fue planificado, en su primera parte, para ser ejecutado en tres etapas anuales consecutivas. La meta era instalar 210 laboratorios con una cobertura de 210 mil estudiantes. Sin embargo, en 1989 el MEP y la FOD acordaron reducir el ritmo de implementación y concentrar esfuerzos y recursos en la profundización cualitativa del programa. Este hecho, junto a los conflictos surgidos con el nuevo titular del MEP que asumió en 1990 y que desde el inicio buscó detener el programa, hicieron que no se abrieran laboratorios en

1990 ni en 1991. El programa reanudó su expansión en 1992 y para 1993 se habían instalado 160 laboratorios (76 por ciento de lo programado) y se estaba atendiendo a 133 mil estudiante, equivalente al 30 por ciento de la matrícula en escuelas públicas y al 63 por ciento de lo programado. Con ello existe al menos una escuela con laboratorio en cada cantón (unidad administrativa intermedia) del país.

Grupo objetivo y mecanismo de selección

La población meta son los estudiantes de preescolar y primaria que asisten a centros educativos públicos en las zonas rurales y urbanas marginadas. La selección de los beneficiarios sigue entonces un criterio geográfico, que adiciona al estado socioeconómico criterios adicionales relativos a la regionalización del MEP, la densidad de la población matriculada, dándole énfasis a escuelas de cerca de 1.000 alumnos, el radio de influencia del establecimiento educativo y el interés y disposición de la comunidad para aportar la infraestructura física en que se instalará el laboratorio. La selección final de las escuelas la realizan en conjunto el MEP y la FOD. Cabe señalar que en general no han existido presiones para modificar los criterios de asignación establecidos con el fin de favorecer a determinadas comunidades.

Aunque no se dispone de información sobre la distribución de los beneficiarios por estrato de ingreso, el hecho de que cerca de un tercio de los niños que asisten a escuelas públicas pertenecen al 20 por ciento de los hogares más pobres, con tasas de escolaridad del 90 por ciento (DGEyC, 1988), sugiere que el PIE tiene gran potencial de llegar a los grupos más pobres, máxime si se toma en cuenta el esfuerzo explícito por ubicar los laboratorios en zonas pobres. No obstante, los requisitos de densidad estudiantil y de aporte comunitario podrían estar dejando por fuera a la población en condiciones de pobreza extrema, particularmente la residente en zonas rurales dispersas y que asisten en general a escuelas unidocentes.⁶⁵

⁶⁵ La meta de la actual administración (1994/98) es llevar la cobertura al 50% de las escuelas e introducirlas en todas las escuelas rurales unidocentes.

Financiamiento

El financiamiento del programa es diversificado, actuando la FOD con gran éxito como catalizador de esfuerzos y recursos. El PIE se inicia con una donación de la USAID por ocho millones de dólares, recibidos en tres etapas. Un 60 por ciento de los fondos se destinaron a la compra del equipo y el resto a crear un fondo patrimonial, cuyo rendimiento cubre los gastos de operación de la FOD. Las juntas de educación, junto con las comunidades y docentes, aportan la infraestructura para el laboratorio (básicamente el acondicionamiento de un aula). El MEP financia el sobresueldo de los encargados de los laboratorios y de los tutores regionales. Distintas instituciones públicas han colaborado con aportes en especie y en dinero y organismos internacionales, como el PNUD y el BID, han colaborado con consultores o aportes no reembolsables. Un problema por resolver es el relativo al mantenimiento y reposición de equipo.

Organización institucional

La FOD ha logrado concretar una serie de colaboraciones institucionales que no sólo le han permitido atraer recursos al PIE sino que también le han posibilitado contar con un equipo humano de alto nivel y que es responsable directo del éxito en la ejecución del programa. Las relaciones entre el MEP y la FOD se han normado mediante convenios y contratos aprobados por la Contraloría General de la República que las ha vuelto más transparentes y ha protegido al PIE. Un Convenio de Cooperación define los aportes de cada institución: el MEP aporta el personal docente requerido y la FOD el equipo, el "software", la capacitación y el mantenimiento. Un Contrato de Comodato regula el préstamo de las computadoras de propiedad del FOD, en tanto que un Contrato de Uso le permite al MEP aportar las instalaciones en que opera la FOD.

Internamente la FOD ha organizado el PIE en tres áreas básicas: pedagogía, investigación y administración. Además, cuenta con cuatro programas de apoyo: el centro de recursos, la red de teleproceso, el programa de mantenimiento, y el centro de evaluación y desarrollo de "software" educativo. Dado que el éxito del programa descansa en los maestros responsables de los laboratorios, se le ha dado mucho énfasis a su capacitación. Para ello existe un programa de entrenamiento en servicio, uno de asesoría

y seguimiento y una revista (INOVA). Estas actividades son desarrolladas por un equipo de personas denominadas tutores coordinadores, nacionales y regionales.

Participación comunitaria

El PIE establece como requisito para la instalación de un laboratorio el aporte de infraestructura por parte de la comunidad. Con el fin de garantizar el compromiso e identificación con el proyecto. Esto es importante pues al sentirlo como un logro propio, los laboratorios y el equipo se encuentran protegidos, sobre todo teniendo en cuenta que se encuentran en barrios con gran delincuencia .⁶⁶

El PIE ha buscado retribuir a la comunidad el apoyo estableciendo el Programa de Informática para las Comunidades (PICO), a través del cual se le brinda capacitación en cultura informática general, uso de paquetes, acceso a información y asesoría informática. Para ello se utilizan los laboratorios en horas no lectivas y se cobra por el servicio de manera que se autofinancia y apoya al proyecto de telemática y al sistema de apoyo global. El PICO funciona en 40 centros y ha dado capacitación a cerca de 3.000 personas.

Control, monitoreo y evaluación

Aunque existen varios intentos de evaluar el PIE, lo innovador del programa, su complejidad y el poco tiempo transcurrido, hacen que sus resultados sean muy preliminares para determinar el impacto que el programa ha tenido en la calidad de la educación. A partir de 1993, un grupo de investigadores del FOD, con el aporte de dos investigadores externos y el financiamiento del BID, ha comenzado a desarrollar una metodología específica para realizar esta evaluación.

⁶⁶ Se estima que la comunidad ha aportado cerca del 12% de la inversión realizada en el proyecto (Trejos, et. al. 1994).

Logros y problemas

El PIE 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 se ha mostrado exitoso en cuanto a motivar, comprometer y reactivar al cuerpo docente. No se sabe, por carecerse de evaluaciones apropiadas, de cuál ha sido el impacto en la capacidad de aprendizaje de los estudiantes, aunque sí es claro que ha tenido un efecto motivador en ellos. El éxito operativo se ha basado en lo que Fonseca (1991) denomina las decisiones estratégicas tomadas. Estas pueden resumirse en: uso de un proveedor privado, uso de criterios de selectividad geográfica, un enfoque comprensivo e innovador sobre la introducción de la informática en la escuela, la promoción de la participación de la comunidad, la vinculación de la capacitación con el seguimiento y la asesoría, y la búsqueda del impacto real desde el inicio, sin agotarse en programas pilotos de escasa cobertura y difícil reproducción.

Las limitaciones se sitúan en el campo administrativo, en particular en las relaciones MEP-FOD: es evidente que este vínculo seguirá siendo un elemento crucial para el buen desenvolvimiento del programa. Otra dificultad no resuelta es cómo llegar a los más pobres, ya que los criterios seguidos no lo permiten y adicionalmente se presentan problemas de infraestructura, costos y de diseño si se trata de llegar a ellos. Finalmente, es claro que el programa por sí solo no es suficiente para resolver el problema de calidad de la educación general y no se tiene claro cuáles acciones adicionales deben complementar este esfuerzo.

2.2.4 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 más rápidamente que el resto de los países de la región centroamericana. ¿Cómo se logró este buen desempeño en educación básica?, es la pregunta que se busca responder a continuación. Para ello se pone el énfasis en aquellos elementos que se consideran que pueden derivar lecciones útiles para otros

países, como los centroamericanos, con estadios inferiores de desarrollo en el campo educativo.

Centralización en la dirección del proceso

Aunque la constitución de 1869 establece por primera vez el Estado Docente al disponer que la educación primaria de ambos sexos es obligatoria, gratuita y costeadada por la nación, no es sino hasta 1885 en que este precepto constitucional tiene efecto al aprobarse un conjunto de leyes y reglamentos que permitieron poner dentro del ámbito del Gobierno Central los servicios escolares (Monge y Rivas, 1984:34). Según estos autores, antes de estas reformas, la escuela que estaba en manos de los gobiernos locales era "un cuerpo desvertebrado, incoherente y atomizado".

Como señala Rama (1994:33) este conjunto de reformas, consideradas aisladamente no tienen extrema significación. Sin embargo, en conjunto, éstas tienen el enorme mérito de haber creado un sistema de educación nacional. Dentro de esta legislación sobresale la Ley Fundamental de Instrucción Pública (1885), donde se organizan los distintos niveles educativos y se establece la enseñanza laica y la Ley General de Educación Común (1886) que pasa la dirección de la enseñanza al gobierno central. Ambas leyes sientan las bases estructurales de la enseñanza primaria (Fischel, 1990).

Es a partir del momento en el que el Gobierno Central asume la dirección, orientación, provisión y financiamiento de la educación primaria, que ésta empieza a ampliar su cobertura y a mejorar paulatinamente su calidad. La universalización de la educación primaria fue posible gracias a la prestación del servicio dirigido centralmente. Ello sugiere que en estadios muy precarios de desarrollo en la prestación de un servicio, la búsqueda de su expansión a través de una estrategia de descentralización podría ser inconveniente o en cualquier caso innecesaria.⁶⁷

⁶⁷ De hecho, países que han mostrado un avance significativo en procesos de descentralización, como el caso de Chile, lo han iniciado cuando ya contaban con servicios sociales básicos ampliamente desarrollados y consolidados. Aún en estos casos los resultados no son necesariamente satisfactorios (Raczynski, 1991).

Ello no implica desconocer que a partir de cierta etapa del momento en el que la cobertura deja de ser el problema la calidad se convierte en la preocupación básica, esta centralización se torne ineficiente o contraproducente. Los factores más importantes son: la presencia de deseconomías de la concentración y fortalecimiento de los gremios en sus relaciones con el ministerio. Este último introduce gran inflexibilidad para introducir reformas (Sanguinety, 1988a).

Este proceso de centralización y concentración no implicó en todo caso la exclusión del sector privado en la prestación del servicio, ni la exclusión de la comunidad del proceso educativo. La libertad de enseñanza ha estado presente desde la independencia, lo que implica que cualquiera puede organizarse para prestar el servicio. Sólo la Iglesia estuvo excluida de esta posibilidad durante los inicios de la reforma liberal. Como se verá más adelante, las juntas de educación y los patronatos escolares fueron las instancias creadas para permitir la participación de las comunidades en el proceso educativo.

Énfasis en los servicios básicos

En ausencia de aumentos importantes del gasto social o en presencia de restricciones fiscales significativas, la mejora de los servicios educacionales básicos puede ser el único camino para mejorar las condiciones de vida de la población pobre, debido a su amplio impacto y bajo costo. Ello es aún más pertinente en situaciones en las que la cobertura y calidad de los servicios básicos son deficientes (Garnier, 1992). Eso fue precisamente lo que se hizo en el país con las reformas de 1885/89. De allí que el énfasis se puso en la expansión de la educación primaria y para ello, no sólo no se avanzó mayormente en la educación secundaria, sino que incluso se clausuró la universidad existente (1888) hasta que el país estuviera en condiciones sociales y económicas que le permitieran la creación de un centro de enseñanza superior.⁶⁸ Hubo, si se quiere, una reasignación de recursos hacia la educación primaria, estrategia que es pregonado cien años más tarde como un mecanismo para aumentar la eficiencia interna del sector educativo (Grosh, 1990; Banco Mundial, 1990).

⁶⁸ 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 (Fischel, 1990:117). El país volvió a contar con un centro educativo superior en el año 1940 con la apertura de la Universidad de Costa Rica.

Si bien es importante fortalecer la prestación de servicios básicos, existe el riesgo de que la política social se reduzca a la atención de los mismos, descuidando los servicios más sofisticados, la ciencia y la tecnología y el acceso a la cultura, condiciones todas necesarias para una inserción exitosa en la economía mundial. Aunque hace 100 años pudo tener mucho sentido poner el énfasis solo en la educación básica, en la actualidad, es necesario no descuidar la educación técnica, profesional y científica. Menos aún para economías que han alcanzado un nivel de prestación de los servicios básicos bastante generalizado. Como señala el Banco Mundial (1990b: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....".

La formación de maestros

El proceso de generalización de la educación primaria demandó la disponibilidad de personal calificado. En sus inicios, con tasas de analfabetismo por encima del 80%, este proceso debió ser simultáneo al de la expansión de la cobertura y requirió utilizar en no pocos casos personal sin la preparación adecuada. Según Matarrita (1986: 146), éste fue el reto más serio que enfrentó la reforma de 1886. Aunque dicha reforma previó la creación de una escuela Normal Superior, ésta no se materializó sino hasta 1914, por lo que en el período anterior el personal utilizado fue poco idóneo. En este lapso, la preparación del personal docente estuvo a cargo de los liceos que ofrecían el grado de maestro normal como una de sus posibilidades.⁶⁹ Según Fischel (1990), para 1885 el 74% del personal no tenían título, este porcentaje tiende a fluctuar pero no baja del 75% hasta 1911 (Matarrita, 1986).

Con la creación de la Escuela Normal Superior, con sede en Heredia (1914) el problema se empieza a solucionar y ya para 1921 el porcentaje de maestros sin título se había reducido al 28%. Este proceso de capacitación continúa con la creación de escuelas normales rurales en Liberia (1949) y posteriormente en San Ramón y Pérez

⁶⁹ El Liceo Costa Rica y el Superior de Niñas, ambos en la capital, contaban con este tipo de sección. Ambos continuaron abiertos hasta 1923.

Zeledón. Con la creación de la Universidad de Costa Rica (1940) la Escuela Normal de Heredia se integró a ella como Escuela de Pedagogía. Con la creación de la Universidad Nacional el resto de las escuelas normales se integraron al sistema universitario. El porcentaje de maestros titulados fluctuó alrededor del 80% en los decenios del cuarenta y cincuenta (Rodríguez, 1994:161). Se estima que el porcentaje de maestros aspirantes (sin título) era en 1960 del 26% y en 1970 del 5% (MEP, 1991). Para 1981 el porcentaje de maestros no calificados se estimaba en un 13% y para 1989 había ascendido al 23% (The World Bank, 1991), corroborando el deterioro en la calidad de la educación en el decenio de los ochenta.

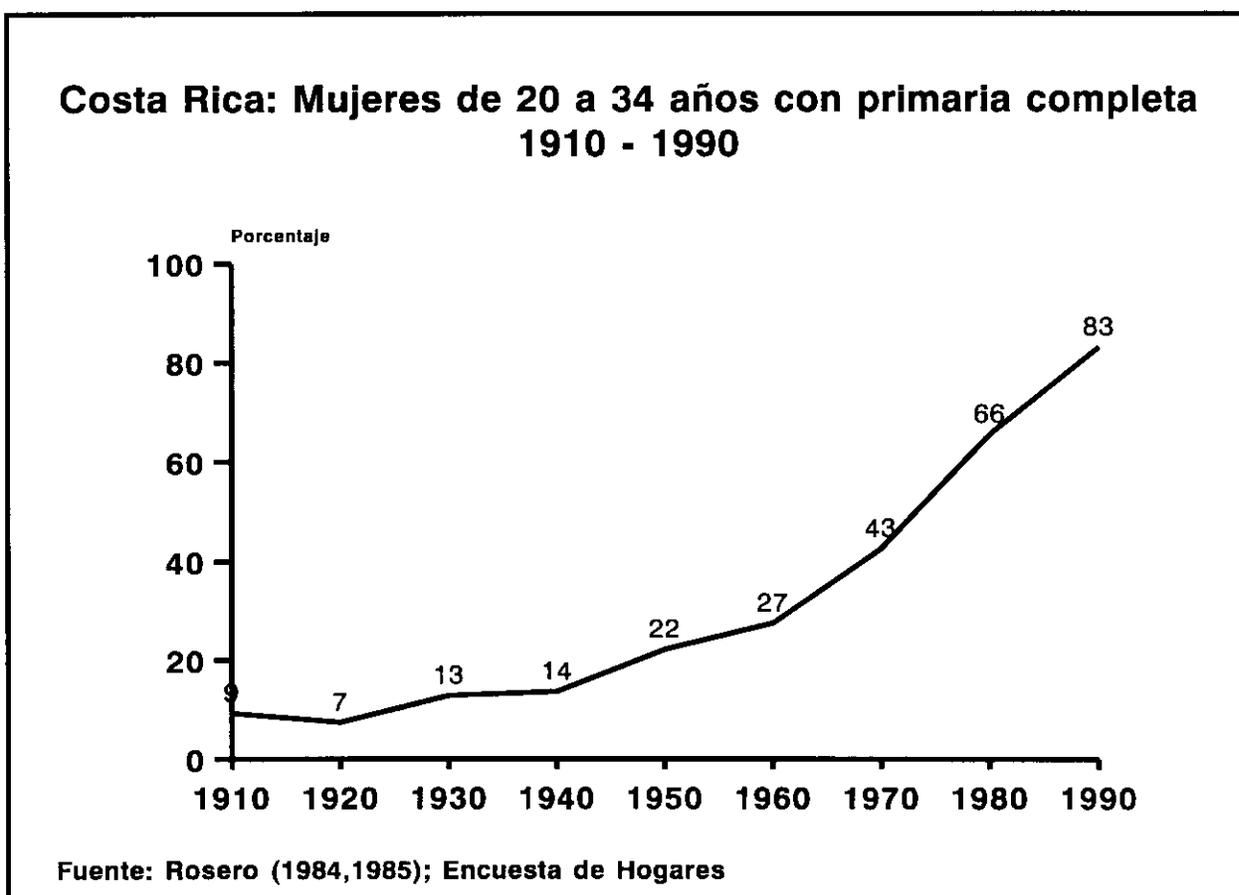
La atracción y formación de maestros se complementa con incentivos salariales para trabajo en zonas rurales, el otorgamiento de estabilidad laboral al integrarlos al servicio civil (1957) y la creación de un sistema de pensiones especiales y ventajoso.

Un aspecto que posibilitó la formación de maestros fue la incorporación temprana de la mujer al sistema educativo. Como se ha visto en información previa, la mujer participó del mejoramiento del sistema educativo, elemento que se corrobora en la figura 9 que muestra el porcentaje de mujeres con edades entre 20 y 34 años que tienen la primaria completa. Además de los impactos que este mejoramiento educativo de la mujer tiene en las condiciones de salud de la población, ello posibilitó la incorporación masiva de la mujer a la actividad de la enseñanza.⁷⁰ Así, mientras que para 1885 el personal docente femenino representaba el 48% del total de maestros, para 1930 representaba el 80% del personal docente, porcentaje que se ha mantenido.⁷¹

⁷⁰ 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. (Rodríguez, 1992).

⁷¹ Rodríguez (1994) argumenta que los bajos salarios de los maestros es una de las razones que explica este predominio de la mujer en la docencia primaria.

Figura 9



La participación comunitaria

La reforma educativa de 1885 partió sobre la base de una participación de la comunidad a través de las Juntas de Educación.⁷² La disposición de 1886 señala la

⁷² Cabe resaltar que en la época previa a la reforma, la escuela estuvo en manos de la municipalidades. Ello significa que el poder local sobre la educación, de larga tradición en el país, no se eliminó totalmente con la centralización de la educación.

creación de una Junta en cada distrito escolar, compuesta por tres miembros propietarios y dos suplentes, son nombrados por la municipalidad cantonal respectiva.⁷³ Durarán en el puesto tres años y serán renovados por terceras partes, al azar, después de terminado el período.

A las Juntas de Educación les corresponden las funciones de administrar los recursos que debe suministrar 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 surgen de la contribución de los vecinos establecida compulsivamente por el Estado a través de tasas, impuestos, multas y suscripciones recaudadas en cada comunidad, recursos que antes iban directamente a los municipios. Más adelante se establecen algunos impuestos generales para su financiamiento como el impuesto sobre los licores y parte del impuesto territorial. Con la creación de FODESAF también se destinan algunos recursos para ellas.

A las Juntas les corresponden también funciones de dirección e inspección tales como cuidar el régimen disciplinario de las escuelas, hacer cumplir las leyes de compulsión escolar y velar por el buen desempeño. Todo estas funciones se encuentran sujetas a disposiciones legales concretas y al control de los delegados directos del gobierno, de modo que su autonomía es muy reducida, aunque pareciera contar con mayores grados de libertad de decisión y acción.

Para Fischel (1990:192), en la creación de Juntas de Educación con amplia regulación reside su importancia política fundamental. Las Juntas crean la sensación de que los asuntos educativos claves son dejados en manos de la ciudadanía y ella se siente entonces responsable y urgida de actuar en la solución de los problemas más apremiantes.

⁷³ En 1886 se establecen 144 distritos escolares. Actualmente existen 411 y corresponden en su gran mayoría al distrito administrativo, unidad territorial política más pequeña.

La consolidación de las Juntas fue un proceso lento y difícil por la indiferencia inicial hacia un cargo público de carácter gratuito, el fanatismo religioso conservador⁷⁴ y la ignorancia producto del analfabetismo 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 empezaron a gozar de prestigio y reconocimiento popular (Fishel, 1990:193). Con las Juntas se promovió y ordenó la participación de la comunidad en los asuntos educativos y la convirtió en aliada de la tarea reformadora. De esta manera su participación no es importante sólo a nivel de resolución de problemas prácticos sino también en el ámbito político e ideológico (Fishel, 1990:188).

La asignación de recursos

La generalización de la educación básica y su posterior mejoramiento demanda de una decisión política que posibilite la asignación de 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 (pago de maestros). El inicio de la reforma contó con suficientes recursos, producto de una parte de una coyuntura económica favorable, y de otra parte, de la peculiaridad de que el Secretario o Ministro de Hacienda correspondía también al de Educación. Ello permitió, por ejemplo, que durante el quinquenio (1886/91) el presupuesto público destinado a la educación creciera un 395%, esto es, a una tasa media anual del 38%⁷⁵ (Matarrita, 1986: 149).

La Figura 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 a la alza, en términos per cápita fluctúa con el ciclo económico al igual que el resto del presupuesto del gobierno central. La expansión

⁷⁴ La reforma implicó la exclusión de la Iglesia y de la enseñanza religiosa de las escuelas. Ello generó un fuerte conflicto con la Iglesia, desconfianza entre la gente y se le tildó de atea. Ello explica según Matarrita (1986) que la gente no se incorporara a las Juntas tan fácilmente y que la matrícula no se expandiera entre 1886 y 1890, a pesar de que el Estado asignó importantes recursos financieros. En 1890 se permite de nuevo la enseñanza religiosa, con lo que se posibilita una mayor participación ciudadana.

⁷⁵ Estos datos son en términos nominales. No se dispone de información sobre variación de precios en esa época.

de los recursos asignados a la educación son notorios a partir de 1950 y hasta 1980, tanto en términos per cápita como en relación al presupuesto nacional, mostrando la prioridad asignada en este período. Cabe señalar que esta expansión no se canalizó sólo a la educación primaria, pues en ese período la educación secundaria y la 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 este sector que tiene impacto claro en la reversión del proceso de mejoramiento de la calidad.⁷⁶

El Cuadro 7 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,⁷⁷ en particular la caída de los recursos durante los años ochenta. Visto globalmente, el gasto social per cápita en educación fue en 1992 un 17% menor a el de 1980, siendo la educación secundaria 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

⁷⁶ Como se ha indicado, en la educación secundaria también implicó una reducción de la cobertura.

⁷⁷ Ténganse presente que el cuadro se refiere al gasto público total (sector público no financiero) en tanto que el gráfico alude sólo al Gobierno Central.

del 22,5% entre 1980 y 1982, se recupera al 5,6% anual entre 1983 y 1986, para caer nuevamente al 3,5% entre 1987 y 1989. A inicios de los noventa (1990/92) crece aceleradamente (8,3% anual) aunque de manera insuficiente para recuperar la pérdida acumulada (Trejos et al. 1994).

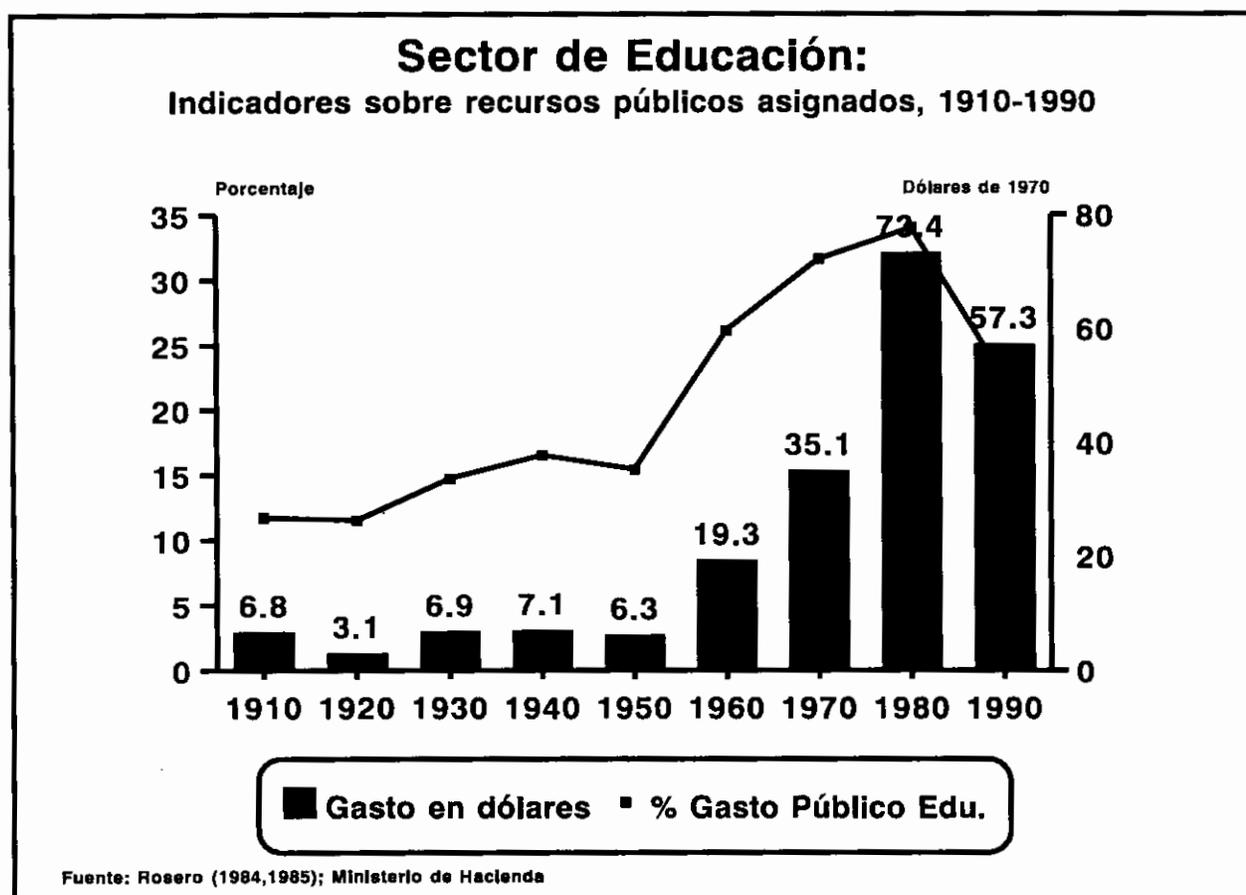


Figura 10

Cuadro 7

**Costa Rica: Evolución de los Recursos Movilizados
por el Sector Público en el Área Social: 1950-1990
Cifras Relativas**

INDICADOR	1950	1958	1971	1980	1990
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. (1994).

2.3 El financiamiento de las políticas selectivas contra la pobreza

Los programas sociales selectivos surgen al inicio de la década de los años setenta, durante la tercera y última administración de José Figueres, cuyo lema fue "la guerra a la miseria".⁷⁸ Estos programas son concebidos en un marco de crecimiento económico y con el fin de incluir a la población pobre a los programas universales de educación y salud que se venían desarrollando el país desde tiempo atrás. Estos

⁷⁸ Antes de 1970 se encuentran algunos programas sociales selectivos dirigidos a los grupos pobres, fundamentalmente en el campo de los asentamientos campesinos y programas de alimentación complementaria. No obstante, de un inventario de 38 programas sociales selectivos identificados, el 80% fueron creados a partir de 1970 y el 42% en la década de los setenta. (Trejos, et.al. 1995).

programas selectivos encuentran su fortalecimiento 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 el 1,5 y el 2 por ciento del producto interno bruto y canaliza sus recursos hacia las instituciones estatales ejecutoras de los programas sociales, en particular para financiar los programas de atención primaria de la salud, programas de alimentación complementaria, acueductos rurales, pensiones no contributivas para indigentes y, más recientemente, subsidios directos para vivienda.

Con cerca de un total de 1.400 millones de dólares movilizados entre 1975 y 1994, el FODESAF ha sido el mecanismo que le permitió al país financiar los programas de salud rural y comunitaria y fortalecer los programas de alimentación y nutrición al preescolar y al escolar en la década de los setenta, programas que explican en buena parte los amplios mejoramientos en los indicadores de salud de ese período. Estos programas fueron diseñados para complementar las políticas universales e incorporan en ellas a los pobres. Los programas de salud primaria se transforman en el primer nivel de atención a los pobres y su acceso a los servicios de salud más sofisticados a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Los programas de alimentación complementaria buscan mejorar las condiciones de aprendizaje de los niños pobres e incentivarlos para que éstos se mantengan dentro del sistema educativo formal.

Desde una perspectiva más asistencial, el FODESAF posibilitó establecer un apoyo financiero permanente para los ancianos indigentes sin acceso a la seguridad social tradicional, así como apoyar financieramente a las instituciones encargadas de velar por los grupos más vulnerables, particularmente niños en situación de orfandad, abandono o maltrato. Desde una visión más compensatoria, el FODESAF posibilitó el 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 los programas de apoyo productivo, en particular el acceso a recursos como la tierra y el crédito para la microempresa.

Aunque durante todo el período el fondo ha canalizado recursos a programas de vivienda popular, no es sino a partir de 1987, con la creación del bono familiar de la vivienda (BFV), que empieza a asignar una importante porción de sus recursos a esta área.⁷⁹

2.3.1 Génesis y Organización

El FODESAF se establece a finales de 1974, luego de dos años de discusión y negociación con las organizaciones empresariales. La negociación era importante pues parte del financiamiento dependía de un tributo sobre la nómina de las empresas. La estrategia seguida para alcanzar el acuerdo fue, por una parte, plantear inicialmente un proyecto que requería de un tributo más alto, que luego se rebajaba en el proceso negociador y por otra parte, introducir en el proyecto una gradualidad en la aplicación del tributo. Este impuesto fue finalmente del 5% sobre la planilla, empezando en un 3% en 1976 y aumentando un 1% por año hasta alcanzar el 5%.

Este Fondo surge en la tercera administración de José Figueres (1970/74), y entre cuyas acciones estuvo la creación en 1971 del Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) institución autónoma encargada del combate a la pobreza y la universalización de los servicios de salud. Aunque este Fondo es concebido e impulsado en un contexto de crecimiento económico, su aprobación se da durante la primera crisis energética, que si bien no sumió al país en una recesión importante, sí agudizó el desequilibrio externo e hizo brotar un proceso inflacionario desconocido en la historia reciente de Costa Rica.⁸⁰ En el proceso de discusión el proyecto original se modifica, pasando de una concepción

⁷⁹ El programa bono familiar de la vivienda fue creado en 1988 para apoyar el acceso a la vivienda de las familias más pobres. Consiste en un subsidio monetario, inicialmente era un crédito subsidiado, que se otorga a la familia para la adquisición de la vivienda. Este subsidio completo permite adquirir una vivienda mínima, en tamaño y condiciones, y su monto decrece al aumentar el nivel de ingreso familiar hasta un máximo de cuatro salarios mínimos. El subsidio puede complementarse con un crédito según las condiciones de mercado.

⁸⁰ Si bien se desacelera en 1974 el producto per cápita, al crecer un 3% contra el 4,4% en los nueve años previos, sólo se reduce en menos de 1% en 1975. La inflación en 1974 alcanzó el 40%, cuando en las décadas previas se mantenía por debajo del 2% anual.

que enfatizaba las transferencias en dinero a los asalariados en función del tamaño de su familia (asignaciones familiares), a otra en que desconfiaba de la soberanía del consumidor, transformando las transferencias de dinero en entrega de servicios y bienes, y focalizando en los grupos más pobres, asalariados y no asalariados.⁸¹

La administración del FODESAF la realiza la Dirección General de Asignaciones Familiares y Desarrollo Social (DESAF), ente adscrito al Ministerio de Trabajo, con las funciones de supervisión, control y evaluación de los programas financiados por el Fondo. Sus directores son nombrados por las autoridades gubernamentales de turno, al corresponder a puestos de confianza, y su personal se encuentra dentro del Servicio Civil que regula la administración del personal del Gobierno Central.

Con el Fondo se pueden financiar programas dirigidos a la población pobre del país, aunque ni su ley o su reglamento la define con precisión, y con carácter complementario, pues la institución ejecutora debe aportar una contraparte. La aprobación de qué programas financiar descansa en el Ministro de Trabajo y el de Planificación, aunque el peso del coordinador del sector social, generalmente un vicepresidente de la República, puede ser determinante dependiendo del peso político que este posea. Con el Fondo se puede financiar transferencias en dinero o especie (alimentos, materiales, etc.), servicios sociales específicos, obras de infraestructura, construcciones de viviendas y fondos revolutivos para crédito. La Contraloría General de la República, órgano contralor adscrito al poder legislativo, ejerce la fiscalización general del uso de los recursos, tanto por parte de la DESAF como por cada una de las instituciones ejecutoras.

FODESAF, que precede en más de una década a los fondos de emergencia social (FES) o a los fondos de inversión social (FIS) promovidos por organismos como el Banco

⁸¹ Las asignaciones familiares se establecieron como un plan piloto a ejecutar en un pequeño pueblo de la provincia de Guanacaste llamado Bagaces. Este estuvo vigente entre 1976 y 1984, sin dejar de ser una experiencia piloto y sin canalizar ni un décimo del uno por ciento de los recursos del Fondo.

Mundial, se diferencia de éstos en varios aspectos básicos.⁸² Por una parte, se financia con recursos internos adicionales creados a través de una reforma presupuestaria y por lo tanto relativamente estables en el tiempo y que no compiten con los recursos disponibles para los programas universales. FODESAF se financia con un impuesto del 5 por ciento sobre la planilla de las empresas y con el 20 por ciento del impuesto general sobre las ventas. No descansa en recursos extraordinarios, inciertos y crecientemente disputados, como son los de origen mayoritariamente externo que financian los actuales FIS y FES. Los recursos no tienen así el carácter de excepcionalidad y temporalidad que acompañan a los actuales fondos.

Por otra parte, canaliza estos recursos hacia instituciones estatales (unidades ejecutoras), para apoyar programas selectivos existentes, como es el caso de los programas de alimentación complementaria, o para financiar nuevos programas, como es el caso de los programas de atención primaria de la salud o de subsidios para vivienda. Si bien este procedimiento requiere que las instituciones tengan efectiva capacidad de operación, tiene la ventaja de evitar la duplicación de esfuerzos administrativos y el desperdicio que surge de la creación de infraestructura social que luego el Estado no puede operar o no puede suministrarle el adecuado mantenimiento. No busca así sustituir o convertirse en la "política social" sino complementarla para mejorar su eficiencia. Aunque ello implica una menor participación del sector privado, éste no está necesariamente excluido.⁸³

FODESAF tiene un carácter permanente y enfatiza el financiamiento de programas que apoyan directamente la formación y el mejoramiento de los recursos humanos en su

⁸² Suele considerarse que la primera experiencia ha sido el Fondo Social de Emergencia de Bolivia, creado en 1986 e imitado posteriormente en otros países del área. Aunque algunos autores como Franco, Cohen y Rufián (1991), reconocen la presencia de experiencias previas de acotada transcendencia, ignoran la existencia del FODESAF o al menos su carácter de fondo de inversión social. Este no es el caso de Wurgaft (1993), quien lo reconoce como la primera experiencia en la región.

⁸³ 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, quienes pueden subcontratar estos servicios. Actualmente se promueve una reforma legal para permitirle al Fondo financiar directamente programas propuestos por organismos privados.

etapa inicial, incrementando su capacidad para tener impacto a largo plazo. Esta concepción permite complementar adecuadamente los programas selectivos con los programas universales existentes. Cabe señalar que este carácter de permanencia se encuentra presente en la evolución que han tenido los actuales FIS. Si bien estos nacieron como acciones compensatorias y temporales dentro del marco de los programas de ajuste, han evolucionado hacia intervenciones más permanentes en el campo social. Un ejemplo de ello es el Fondo Social de Emergencia de Bolivia que en 1989 se transforma en el Fondo de Inversión Social.

Esta concepción también se encuentra en los fondos que se han creado recientemente, como el caso del Fondo Venezolano de Inversión Social (FONVIS) de 1990, el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) de Chile de 1991, el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FCS) de Perú en 1991 y el Programa Nacional de Solidaridad de México que surge en 1988 (Wurgaft, 1993). Los FIS en el resto de los países del área centroamericana surgen en 1990, esto es, 16 años después del FODESAF y con un carácter temporal o transitorio, con una duración de tres a cinco años. Sólo el de Guatemala, según Rufián (1991:56), tiene carácter permanente aunque este criterio no es compartido por Wurgaft (1993:3), quien le otorga el carácter de transitorio. De los restantes, sólo el Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) contempla en su normativa la posibilidad de prorrogar su plazo de vigencia.

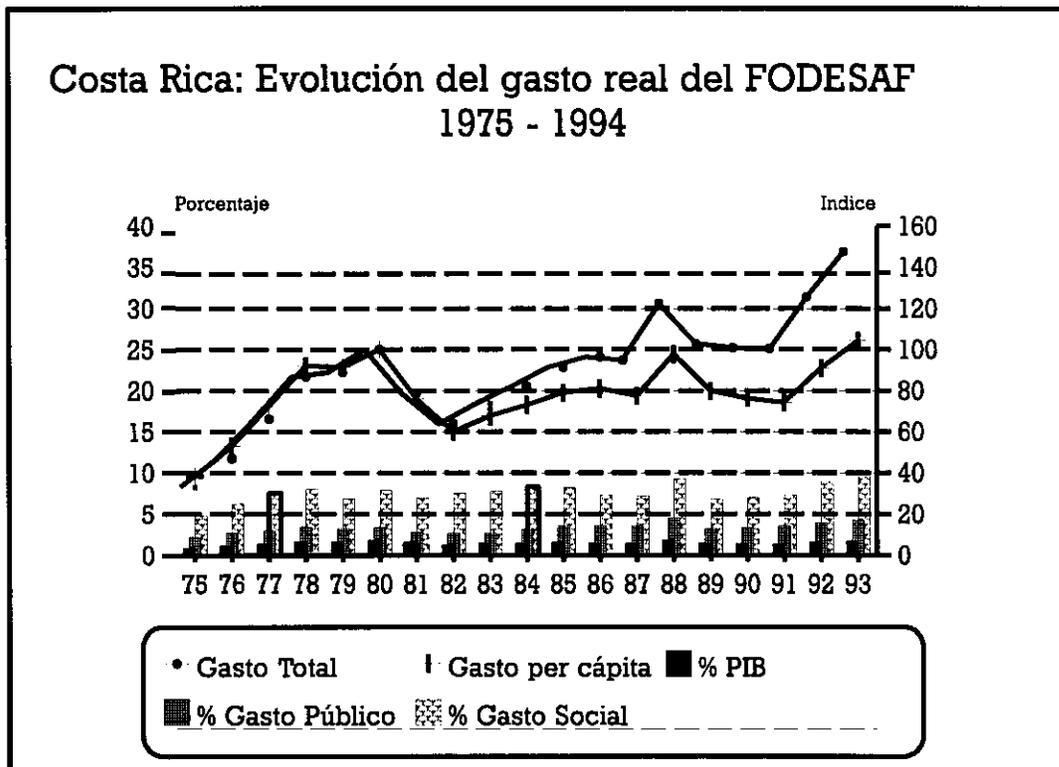
Finalmente, el FODESAF no se administra al margen de la legislación existente sino que sigue la normativa que regula la administración pública, tanto en términos de manejo de recursos, como en relación a la contratación y remuneración del personal. Si bien ello le puede restar cierta flexibilidad, en la práctica no ha constituido un obstáculo para su funcionamiento. Este resultado sugiere que el carácter de excepcionalidad con que se diseñan algunos fondos no es ni necesario, ni en muchos casos conveniente, ya que puede tender a inhibir los esfuerzos por una efectiva reforma institucional (Trejos, et.al., 1994).

2.3.2 Recursos movilizados y vulnerabilidad

En 1994, los gastos efectivos del fondo ascendieron a U.S.\$ 143 millones, esto es, un 1,7% del PIB. Un año antes, el gasto efectivo fue de U.S.\$ 134 millones, equivalente al 1,8% del PIB, al 4% del gasto del sector público no financiero y al 10% del gasto público social. Fuera del incremento durante los primeros años (hasta completar el impuesto total sobre la planilla), y los aumentos en los años en que se incrementó el impuesto de ventas, estos guarismos se han mantenido bastante estables, con una ligera tendencia al aumento, como se muestra en la Figura 11. Este mismo gráfico muestra la evolución del gasto real, tanto global como per cápita.⁸⁴ Al depender el financiamiento de impuestos relacionados con el nivel de actividad económica, los recursos reales evolucionan a la par del ciclo económico.

Este carácter procíclico, inherente al esquema de financiamiento del FODESAF, reduce su capacidad de reacción en los períodos recesivos, precisamente cuando podría tener más impacto y su necesidad es mayor, particularmente si se quiere enfatizar los programas compensatorios. Como se desprende del Cuadro 8, luego de la fuerte expansión en la segunda mitad de los setenta, los recursos del Fondo sufren una amplia contracción durante la crisis de principios de los ochenta, período caracterizado por una amplia recesión económica y un proceso de empobrecimiento. Luego empiezan a recuperarse al tenor de la recuperación económica, primero rápidamente y luego en forma más pausada. En el decenio de los noventa, el crecimiento de los recursos reales del FODESAF vuelve a acelerarse, a pesar de la contracción que sufren en 1990 y 1991, dentro de un programa de ajuste fiscal que se produce en esa época.

⁸⁴ Se utiliza el índice de precios al consumidor como deflator.



Si bien la presencia de impuestos con destino específico reduce la vulnerabilidad de este programa ante las restricciones fiscales, no la reduce en su totalidad. El impuesto sobre las planillas de las empresas e instituciones públicas es recaudado por la CCSS como parte de las cargas sociales y transferido al Fondo. Con relación al 20% del impuesto de ventas, la parte cobrada en aduanas pasa también al 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 si bien el gobierno transfiere parte de esos recursos directamente a las unidades ejecutoras, el monto final girado depende de las restricciones fiscales imperantes.⁸⁵ Ello explica el hecho de que los ingresos por el impuesto a las planillas se vuelva predominante (ver Cuadro 8).

⁸⁵ FODESAF no contabiliza claramente estos recursos. Esta es una de las razones por las que existen datos sobre ingresos y gastos efectivos que muestran amplias discrepancias entre sí. La otra razón surge de distintos criterios de registro, (devengado o caja).

Cuadro 8

**Costa Rica: Algunos indicadores sobre la evolución
de los recursos del FODESAF, 1975/1993**

Indicador	1975	1979	1982	1986	1989	1993
Recursos del FODESAF (Millones)						
- U.S dólares	18,9	67,8	32,3	67,4	79,8	133,4
- Colones 1992	3935	10497	7541	11382	12144	17424
Variación Media Anual Real*						
- PIB		6,4	-3	4,2	4,6	5
- 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						
- Imp. Planilla	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.

* Del período que termina en ese año.

Otra causa de vulnerabilidad del Fondo es la exigencia del Ministerio de Hacienda de que se genere un superávit para contribuir a las metas fiscales globales. Estos ingresos efectivos no gastados, que en un principio respondieron a problemas de ejecución de las unidades ejecutoras y después a políticas fiscales, no han superado el 10% de los ingresos del período en que se han generado. No obstante, para finales de 1993 existía un superávit acumulado de 4.745 millones de colones, equivalente al 21% de los ingresos

ordinarios de ese año. A partir de 1994 el FODESAF trabaja con déficit cero, es decir, sin generar nuevos superávits pero sin poder hacer uso del acumulado que conforma parte de la deuda pública interna del Gobierno Central.

2.3.3 Programas financiados y flexibilidad

Para 1995, el FODESAF transfiere recursos a 16 instituciones para la ejecución de 37 programas diferentes y un año atrás fueron 17 instituciones y 33 programas.⁸⁶ Durante los primeros años del decenio de los ochenta se trabajó con 25 entes ejecutores. Ello muestra cierta flexibilidad en la asignación de recursos, en particular en la incorporación o exclusión de instituciones participantes. El Cuadro 9 busca complementar esta información reagrupando las instituciones por áreas de especialización.⁸⁷

⁸⁶ En el anexo A se presenta una lista de las instituciones y programas financiados por el FODESAF en 1995.

⁸⁷ Ello plantea problemas en instituciones como el Ministerio de Trabajo y el IMAS, que financian programas de apoyo productivo y de protección a grupos vulnerables. No obstante se grupan en esta última categoría porque no se cuentan con los datos detallados para todo el período. Si bien Sanguinety, et.al. (1989) presenta datos detallados de 1976 a 1986, al no saberse que deflator utilizó no puede completarse la serie ni verificarse los datos utilizados.

Cuadro 9

Costa Rica: Algunos indicadores sobre los programas financiados con recursos del FODESAF, 1975/1993

Indicador	1975	1979	1982	1986	1989	1993
TOTAL PROGRAMAS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Salud y Educación	32,1	54,7	49,5	51,3	32,6	25,4
Apoyo a grupos Vulnerables	28,5	28,7	27,5	25,6	21,5	39,2
Vivienda y Desarr. Local	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
PORCENTAJE DEL GASTO DE FODESAF DESTINADO A						
- Salarios	8,3	22,4	29,0	24,8	16,0	8,7
- Alimentos	11,4	29,0	21,5	16,0	13,3	16,4
- Instituciones por ley	22,5	20,6	22,2	25,6	54,4	46,3

Fuente: FODESAF.

En el cuadro se puede observar también cómo, con excepción del año 1975⁸⁸ durante el primer decenio de existencia del fondo los programas de salud y educación absorbían cerca de mitad de los recursos. Estos van perdiendo prioridad posteriormente, consistentemente con el mejoramiento de las condiciones de salud y nutrición infantil que se presentan en ese lapso.

⁸⁸ El año 1975 corresponde al primero de operación. Ello hace que su estructura no refleje más que el financiamiento a programas que no demandaba mayor trámite, como la compra de tierras. Ello explica el peso que tuvo en ese año el área de apoyo productivo, donde este rubro representó el 96% del gasto.

El área de apoyo a grupos vulnerables se mantiene como segundo en importancia durante casi todo el período. Ello se explica en gran parte por el hecho de que la ley asigna el 20% del Fondo al régimen no contributivo de pensiones (RNC). Por otra parte, 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 una alta prioridad a los programas asistenciales (Administración Calderón: 1990/94).

Los programas de financiamiento a la vivienda tuvieron un peso marginal hasta mediados de los años ochenta. Esta área se torna prioritaria en la Administración Arias (1986/90) y como producto de ello se modificó la ley en 1987 asignando un 33% de los recursos para el financiamiento del Bono Familiar de la Vivienda (BFV). Con ello más de la mitad de los recursos del Fondo se canalizan por ley a dos programas (BFV y RNC) introduciéndole una gran inflexibilidad a la asignación de los recursos. Ello explica en parte la pérdida de importancia de los programas de salud y educación y el menor gasto en salarios y alimentos.

Finalmente el área de 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 (INA). En esta área han prevalecido y dominado los programas de apoyo al sector campesino con el financiamiento de la compra de tierra y de asistencia técnica. Cabe señalar que el peso de esta área se encuentra subestimado al no poderse incorporar los aportes que realiza al respecto el Ministerio de Trabajo (crédito microempresario y subsidios por empleo) y el Instituto Mixto de Ayuda Social (crédito y capacitación).

La última fila del cuadro muestra el porcentaje de los recursos del FODESAF destinado a las instituciones que tienen una asignación por ley.⁸⁹ El hecho de que para 1993 el porcentaje fue inferior al 53% (BFV + RNC) muestra que el Fondo había logrado enfrentar en parte esa inflexibilidad. Ello fue posible gracias a una interpretación de la normativa en términos de que la asignación por ley cuenta para los ingresos ordinarios y

⁸⁹ Ello incluye Centro Mujer y Familia y a la Comisión Nacional de Emergencia.

no para la recalificación de ingresos (ingresos adicionales por recuaciones superiores a los proyectados más ingresos por intereses sobre el superávit acumulado).

2.3.4 Eficiencia y Equidad

La asignación por ley de destinos y montos específicos le resta eficiencia social al FONDO al no poder canalizar los recursos a los programas que se tornan pertinentes en cada coyuntura. Esta inflexibilidad se da también sin el respaldo legal. El financiamiento de programas que se tornan permanentes y dependientes de estos recursos hace difícil, aunque no imposible, el corte de los recursos asignados. Aunque el financiamiento a los programas es aprobado anualmente, es difícil suspender su apoyo, en particular si se trata de servicios que conllevan el nombramiento de personal. Un financiamiento acotado temporalmente y con participación decreciente y sujeto a evaluación efectiva puede ser el camino para incrementar la flexibilidad de operación.

Los datos del Cuadro 9 indican que si bien se dedica una parte del Fondo para el pago de salarios de los programas, esto no ha alcanzado costos elevados y con la pérdida de importancia de los financiamientos de servicios (salud y educación) a cambio las transferencias directas (BFV, RNC), este peso es aún menor. Por ello la crítica sobre el financiamiento de una burocracia creciente y altos gastos administrativos (PREALC, 1992) no parece sostenerse. Lo mismo sucede con los gastos directos de administración del fondo, relativos al gasto de la DESAF y los servicios de recaudación por parte de la CCSS. Estos se han mantenido en general por debajo del 3%, aunque es claro que las actividades de seguimiento, control y evaluación han sido muy débiles y circunscritas en el mejor de los casos al ámbito financiero. Cabe señalar que la DESAF se encuentra en un proceso de reestructuración interna tendiente a mejorar esta área de acción y la eficiencia de su funcionamiento en general.

Otro tema tiene que ver con la selectividad del financiamiento. El DESAF fue creado para canalizar recursos a 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 e incorporar mejores mecanismos de selección. El

Cuadro 10 muestra una estimación del grado de focalización de los programas del fondo para dos momentos en el tiempo. La estimación arroja una filtración de alrededor del 30%, bastante aceptable en el marco de estos programas (Grosh, 1994), y a pesar de que algunos programas, como comedores escolares, no fueron estructurados para llegar sólo a los pobres. Por otra parte, si bien globalmente la selectividad parece empeorar ligeramente en el período analizado, ello es producto de lo que sucede con la vivienda ya que en el resto de las áreas mejora. La incorporación del BFV, que hace elegible al 80% de las familias del país, es el causante de este resultado. Cabe señalar que cada programa tiene sus propios criterios e instrumentos de selección⁹⁰ y que los intentos por generalizar un mecanismo único no ha sido considerado ni adecuado ni conveniente (Sojo, 1994).

Cuadro 10
Estimación del Porcentaje de Recursos de FODESAF
que llega a la Población Pobre: 1983 y 1992
(Cifras Relativas)

AREA	1983	1992
TOTAL	69.5	67.5
Salud y Educación	61.9	67
Protección grupos Vulnerables	68.5	72.1
Vivienda y Desarrollo Local	78.8	60.7
Apoyo Actividades Productivas	72.0	97.8

Nota: Se considera al 40% de las familias con menor ingreso per cápita.
 En el anexo B se presenta en detalle de los criterios de asignación seguidos.
 Fuente: Elaboración de Juan Diego Trejos en base en IICE (1986) y ENISO (1992).

⁹⁰ En Trejos et al (1993) y Trejos (1992a) y Trejos (1992b) se analiza la selectividad de programas específicos.

2.3.5 Lecciones de financiamiento de las políticas selectivas.

El FODESAF ha mostrado ser un instrumento poderoso para financiar programas sociales selectivos, que posibilita la sustentabilidad de las políticas de programación y asistencia social y el mantenimiento de la consistencia con los equilibrios macroeconómicos. Representa así una experiencia capaz de reproducirse en otros países. No obstante, la vulnerabilidad presupuestaria, la inflexibilidad creciente en la asignación de recursos y la ausencia de sistemas adecuados de control son las áreas que demandan modificaciones.

El establecimiento de impuestos para financiarlo ha mostrado su utilidad en el tiempo para la protección del Fondo y el debilitamiento actual responde a un crecimiento incumplimiento de la legislación vigente por parte del Ministerio de Hacienda.

La inflexibilidad creciente en la asignación de recursos del Fondo es un aspecto que debe detenerse y, si es posible, revertirse. Sólo el bono de la vivienda y las pensiones a indigentes tienen asignados por ley el 53% de los recursos del FODESAF. En particular debe discutirse si tantos recursos deben canalizarse al programa de vivienda y si no debería aliviarse la carga mediante una mayor participación fondos provenientes del presupuesto nacional.

La ausencia de evaluación, control y seguimiento de los programas financiados por el FODESAF es otra limitación sentida. Existe margen para incrementar los gastos administrativos del FODESAF y ello se justificaría si los recursos se utilizan para aumentar efectivamente la capacidad de control y evaluación de los recursos asignados por el Fondo. Dentro de ello cabría el financiamiento de encuestas periódicas para medir el acceso efectivo a los distintos programas y su equidad, encuestas sobre las que existe tradición en el país. También cabría el otorgamiento de mayor autonomía a la DESAF, 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 los recursos son las metas que deberán buscar las reformas en los programas específicos.

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

Este documento ha enfatizado dos puntos. Primero, que a pesar de sus limitaciones económicas (tamaño, economía agrícola-exportadora), Costa Rica ha tenido éxito en la reducción de la pobreza. Segundo, que la reducción de la pobreza debe atribuirse sólo parcialmente al crecimiento económico; mucho del éxito está directamente vinculado a las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones sanitarias y educacionales de la población, especialmente de los sectores más pobres. 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” (World Bank, 1990, p. 45). Dado que Costa Rica sobresale en comparación con la situación de los otros países en Centroamérica y el Caribe, es importante intentar determinar cuáles han sido los factores críticos en el éxito de Costa Rica. Sin embargo, esto representa una tarea que trasciende el alcance de este análisis, el cual se limita a señalar las áreas de mayor éxito en la reducción de la incidencia de la pobreza y las políticas y programas específicos responsables por 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.

Muchos estudios sobre la excepcionalidad costarricense se centran en las tradiciones democráticas de ese país. Aunque muchos esfuerzos se han hecho para explicar por qué Costa Rica es un país democrático (Trejos Quirós, 1939; López Gutiérrez S., 1975; Zelaya, Bulgarelli, Camacho, Cerdas & Schifter, 1978; Peeler, 1985), todavía hay un enorme debate sobre los orígenes de esta tendencia. En relación a la reducción de la pobreza, parecería que la democracia es poco relevante por al menos por tres razones. Primero, no hay ninguna razón teórica importante para vincular la democracia a la reducción de la pobreza; especialmente cuando se tiene en consideración que las democracias son gobernadas por mayorías, de forma tal que los pobres serían más frecuentemente una minoría. Para América Latina en su totalidad, los hogares pobres representaban un promedio de 40% sobre el período 1970-1990, y de los 14 países que aparecen en el más reciente informe de la CEPAL, sólo dos países, Honduras y Guatemala, tienen una población mayoritariamente pobre. (CEPAL 1994: 158-159).

Mientras Honduras tiene una tradición democrática, Guatemala ciertamente no la tiene. Segundo, estudios empíricos a nivel mundial han demostrado que la democracia tiene poco o ningún impacto en el crecimiento o en la desigualdad. Un examen de 12 estudios empíricos en la materia reveló que la mitad de ellos llegó a la conclusión que la democracia reduce el crecimiento económico, mientras que la otra mitad de los estudios demostró que no existía ninguna relación entre democracia e igualdad (Sirowy & Inkeles, 1991; Muller, 1994). Tercero, los ocho países de rápido crecimiento económico en el Este Asiático, conocidos como "*high performing Asian economies*," o HPAEs, se caracterizan por un nivel de crecimiento económico que ha superado consistentemente los niveles alcanzados en los países industrializados tradicionales. Sin embargo, entre estos países, solamente Japón tiene una tradición democrática establecida.⁹¹

Virtualmente todos los países tienen políticas diseñadas para atacar la pobreza; pero sólo unos pocos son exitosos en la implementación de estas políticas en una medida significativa. De acuerdo a la CEPAL, en América Latina, una región bastante avanzada en políticas sociales (Mesa-Lago, 1991), para 1970 un 40% de la población vivía bajo la línea de la pobreza; veinte años después, 39% todavía se clasificaba como población pobre, una disminución trivial para un esfuerzo de dos décadas (CEPAL, 1994: 158-159). En Panamá, la proporción de los pobres (36%) fue tan alta en 1990 como en 1970. En varios de los otros países, la pobreza creció en este período: en Perú del 50% al 52%, en México del 34% al 36%, en Venezuela del 25% al 33%, y en Chile, un país con un crecimiento económico dramático, el porcentaje de la población que vivía en la pobreza en 1992 (28%) fue mucho mayor al de 1970 (17%).⁹²

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 creemos 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

⁹¹ Los ocho países son: Japón, Hong Kong, La República de Korea, Singapur, Taiwán, Indonesia, Malasia y Tailandia (Birdsall, Ross & Sabot, 1994 b).

⁹² Estas cifras están basadas en totales nacionales, ignorando cambios en las proporciones de pobreza urbana y rural. Desde que la definición de lo urbano y de lo rural varía de país a país, y en realidad dentro de cada país, creemos que las comparaciones nacionales son mucho más confiables.

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 (Seligson & Muller, 1987). Evidencia adicional muestra que la estabilidad política está directamente asociada con el crecimiento económico (Alesina & Perotti, 1993). Finalmente, los niveles de inscripción en educación primaria estimulan el crecimiento económico (Rodrik, 1994 a). Costa Rica ha logrado reducir la desigualdad económica y al mismo tiempo educar a la vasta mayoría de sus ciudadanos, lo que sugiere que ambos factores son importantes en su éxito en la reducción de la pobreza. Sin embargo, debido a que igualdad económica y niveles de inscripción en educación primaria son productos, en un 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.

Debemos considerar el asunto con más profundidad a fin de encontrar explicaciones. Una posible respuesta se encuentra en las actitudes de los ciudadanos costarricenses 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 Figura 12 muestra los datos comparativos 1991/92 sobre el orgullo de los ciudadanos por su sistema de gobierno, una de las variables ampliamente utilizada para medir la percepción de la legitimidad del sistema (Seligson, et al., 1987; Seligson & Muller, 1990).⁹³ Mientras que el 87% de los Costarricenses están orgullosos de su sistema de gobierno, aproximadamente la mitad de los ciudadanos de los otros países piensan de la misma manera.⁹⁴ 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

⁹³Las referencias indicadas 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 ítems, 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 ítems que miden ciertas conductas que fueron hipotetizadas estar correlacionadas. Por ejemplo, un bajo nivel de apoyo por el sistema está vinculado con una participación política que produce violencia, por ejemplo desobediencia civil.

⁹⁴Por evidencia comprensiva en varios contextos nacionales ver (Seligson & Córdova M., 1995).

cree en la legitimidad del sistema político responsable por esas políticas. Esta no es una buena receta para alcanzar la obediencia civil a políticas que a veces son difíciles de aceptar.

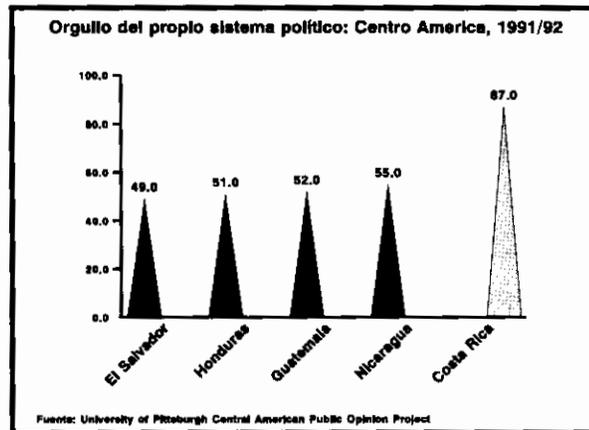


Figura 12

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 acumulado en ese país en el tiempo anterior a la crisis hizo posible que el gobierno tomara rápidamente medidas para solucionar la crisis y para mitigar su impacto, mientras que, como se observa en la Figura 1, en otras partes de América Central, la recuperación económica no ha sido tan rápida y efectiva (Seligson y Muller, 1987).

La interrogante es entonces, ¿cómo el sistema de gobierno costarricense desarrolló su alto nivel de legitimidad? 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 y objeto de varios premios académicos, evidencian de que en el norte italiano una sociedad civil fuerte ha sido responsable por un sistema de gobierno participatorio, por un alto nivel de desarrollo económico y por un bajo nivel 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 también débiles, subdesarrollo económico y altos niveles de pobreza en términos comparativos (Putnam, 1993). Más recientemente, un estudio examinó la importancia de la sociedad civil en Alemania, Japón, Estados Unidos, Francia, Italia y China y encontró que asociaciones secundarias fuertes constituyen un factor importante para el lograr progreso económico (Fukuyama, 1995).

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 al 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 en cada cantón una Junta de Caridad y, en 1889, fueron creadas las Juntas de Socorro en cada municipalidad. Independientemente de la acción oficial, en 1859 emergió un amplio movimiento de Sociedades Mutualistas de carácter local (Mora, 1991). Tal como lo demuestra el caso de la educación, el gobierno municipal asumió la responsabilidad por la educación básica. Se exigió a los gobiernos municipales la creación de Juntas de Educación para gobernar las escuelas locales. En consecuencia, los padres estuvieron directamente vinculados al establecimiento de las escuelas locales 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 de muchos aspectos de la educación local.⁹⁵ De manera similar, el gobierno municipal estableció las Juntas Sanitarias, responsables por la salud de los ciudadanos del área. Los ciudadanos se acostumbraron de esta manera a asumir la responsabilidad de velar por la educación y la salud de su comunidad y, 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 los ciudadanos y el gobierno interactuaron para el beneficio de la comunidad como un todo (Baker, Fernández P. & Stone, 1972; Marín, 1987; Mora, 1989). Esta situación contrasta marcadamente con la del resto de América

⁹⁵Decisiones curriculares, entrenamiento de los maestros, etc., fueron asumidos 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 apoyo a la infraestructura física. Frecuentemente, estos comités locales actúan conjuntamente con las municipalidades para mejorar la infraestructura.

Central, en donde la sociedad civil ha sido reprimida porque es vista por las élites gobernantes como un reto a su poder (Nickson, 1995). 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). Como demuestra la Figura 13, el análisis⁹⁶ 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 aquellos ciudadanos que tienen bajos niveles de satisfacción. También se ha develado 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 factor que refuerza la variable que es central para la estabilidad política y la gobernabilidad al nivel nacional, la que a su vez, refuerza la satisfacción al nivel local.

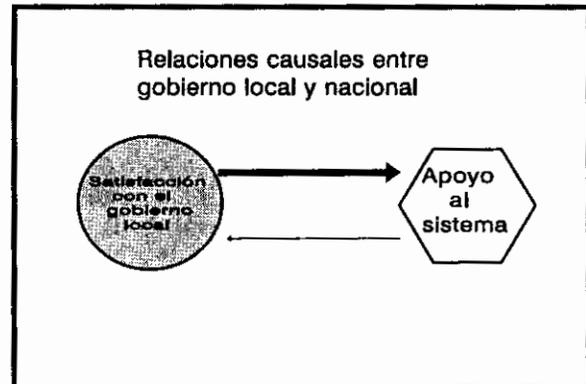


Figura 13

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 el entender éxito de las políticas diseñadas para reducir la pobreza.

Se ha presentado evidencia del éxito costarricense en la reducción de la pobreza. Este éxito, aunque impresionante dentro del contexto Latinoamericano, palidece en

⁹⁶Este análisis fue ejecutado usando el método de regresión de mínimos cuadrados en dos etapas (two-stage least squares regression method) (Seligson, et al., 1995).

comparación con el dramático éxito 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 3 billones de dólares en comparación con 0.59 billones de dólares alcanzados por Costa Rica, o una economía cinco veces más grande que la de Costa Rica (World Bank, 1989, p. 168- 169). Para 1992, la economía de Costa Rica creció hasta 6.5 billones de dólares, mientras que la economía de Corea de Sur creció a 228 billones, ó 35 veces la economía de Costa Rica (World Bank, 1995, p. 166-167). Corea alcanzó ganancias importantes, aún cuando la educación en Costa Rica, de acuerdo a las tasas de alfabetismo, era ligera y marginalmente inferior a los niveles de Corea. En 1970 la tasa de alfabetismo para los hombres coreanos fue del 94%, mientras que para los costarricenses sólo del 88% (Mehrotra, 1994, p. Table 5). Adicionalmente, Corea del Norte, su vecino más cercano, permaneció, al igual que Costa Rica, bastante atrás en su nivel de desarrollo. Asimismo, también al igual que Costa Rica, Corea del Sur tuvo que competir con un gigante de la economía regional dado que Japón es a Corea, lo que los Estados Unidos es a Costa Rica.

Las comparaciones con Corea podrían repetirse para 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, que comenzó con un nivel 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 capital humano fin de poder lograr un mayor y sostenido crecimiento económico y sobre todo, la erradicación de la pobreza.

Anexo A

Costa Rica: Instituciones y programas que cuentan con financiamiento del FODESAF según recursos asignados en 1995 y origen del financiamiento

- Millones de colones corrientes -

INSTITUCIONES Y PROGRAMAS	FODESAF	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD	OTROS	TOTAL
MINISTERIO DE SALUD	3,770.00	1,950,71	0,00	0,00	5,720.71
Atención Primaria (PS)	231.98	64,77	0,00	0,00	296.75
Nutrición y Atención Inteval del Niño (CEN-CINAI)	2,685.53	1,500,00	0,00	0,00	4,185.53
Saneamiento Básico	80.76	87,47	0,00	0,00	168.23
Salud Dental rural	410.86	158,90	0,00	0,00	569.76
Investigación y Evaluación	360.87	139,57	0,00	0,00	500.44
MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS Y TRANSP.	175.00	40,46	0,00	0,00	215.46
Construcción y Mantenimiento de CE, CEN CINAI, PS y Guarderías	175	40.46	0	0	215.46
MINISTERIO DE EDUCACION PUBLICA	4,888.30	63,72	0,00	0,00	4,952.02
Comedores Escolares (CE)	4,019.55	30,43	0,00	0,00	4,049.98
Juntas de educación	192.40	1,94	0,00	0,00	194.34
Becas y Ayuda en Transportes	110.00	4,04	0,00	0,00	114.04
Ayuda socio-económica	502.50	18,46	0,00	0,00	520.96
Huertas Escolares	13.85	8,85	0,00	0,00	22.70
Alfabetización	50.00	N.D.	0,00	0,00	50.00
CENTRO NACIONAL PARA EL DESARROLLO De LA MUJER Y LA FAMILIA	192.4	2.35	0	0	194.75
MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL	1,243.24	105,45	8,06	108,00	1,464.75
Generación de Empleo	700.00	34,03	0,00	0,00	734.03
Guarderías Infantiles	43.24	23,38	8,06	0,00	74.68
Crédito Microempresa	500.00	48,04	0,00	108,00	656.04
INSTITUTO COST. DE ACUE-DUCTOS Y ALCANTARILLADOS	1,390,20	237,18	471,40	65,50	2,164.28
Construcción de Acueductos Rurales	1,390.20	237,18	471,40	65,50	2,164.28

INSTITUCIONES Y PROGAMAS	FODESAF	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD	OTROS	TOTAL
INCIENSA	172.56	160,30	0,00	0,00	332.86
Investigación Científica	172.56	160,30	0,00	0,00	332.86
INST. SOBRE ALCOHOLISMO Y FARMACODEP.	89.85	0,00	0,00	0,00	89.85
Prevención Alcoholismo y Farmacodependencia	89.85	N.D	0,00	0,00	89.85
INSTITUTO MIXTO DE AYUDA SOCIAL	3,209.06	505,27	0,72	0,00	3,715.05
Centros Diurnos	66.61	0,00	0,00	0,00	66.61
Pro-infancia y adolescencia	848.30	87,13	0,00	0,00	935.43
Mejoramiento Comunal	250.00	29,73	0,00	0,00	279.73
Fortalecimiento del upo Familiar	700.45	155,95	0,72	0,00	857.12
CECOMIN	400.00	33,07	0,00	0,00	433.07
Programa Soc. para el Desarr. Local	35.78	30,96	0,00	0,00	66.74
Ayudas Económicas Urgentes	75.00	20,19	0,00	0,00	95.19
Guarderías Infantiles	724.00	0,00	0,00	0,00	724.00
SISBEN	63.92	115,64	0,00	0,00	179.56
SISBEN	45.00	32,60	0,00	0,00	77.60
INSTITUTO DE DESARROLLO AGRARIO	700.00	17,46	0,00	0,00	717.46
Compra y distribución de Tierras	700.00	17,46	0,00	0,00	717.46
PATRONATO NACIONAL DE LA INFANCIA	1,150.00	449,08	0,00	0,00	1,599.08
Atención Inteal a la Infancia y Familia	1,150.00	449,08	0,00	0,00	1,599.08
REGIMEN NO CONTRIBUTIVO	7,696.00	0,00	0,00	0,00	7,696.00
Pensiones a Indigentes	7,696.00	0,00	0,00	0,00	7,696.00
CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACION	129.36	0,00	0,00	0,00	129.36
Servicio de Rehabilitación Inteal	16.29	N.D.	0,00	0,00	16.29
Asesoría Técnica y Apoyo Financiero	40.95	N.D.	0,00	0,00	40.95
SILOR	72.12	N.D.	0,00	0,00	72.12
COMISION NACIONAL DE EMERGENCIA	50.00	750,00	0,00	0,00	800.00
BANCO HIPOTECARIO DE LA VIVIENDA	12,698.40	1.500,00	0,00	318,00	14,516.40
Fondo de Subsidio para la Vivienda	12,698.40	1.500,00	0,00	318,00	14,516.40
INSTITUTO NACIONAL DE VIVIENDA Y URBANISMO	200.00	129,68	0,00	0,00	329.68

INSTITUCIONES Y PROGRAMAS	FODESAF	INSTITUCIÓN	COMUNIDAD	OTROS	TOTAL
Préstamo para Vivienda Sector Público	200.00	129.68	0,00	0,00	329.68
DESAF (Administración)	380.58	0,00	0,00	0,00	380.58
SERVICIOS DE RECAUDACIÓN	335.75	0,00	0,00	0,00	335.75
OTROS	9.30	0,00	0,00	0,00	9.30
TOTAL	38.287,60	5.909,31	480,18	491,50	45.168,59

Fuente: FODESAF

ANEXO B

CRITERIOS DE ASIGNACION DE BENEFICIARIOS POR QUINTILES DE INGRESO FAMILIAR PERCAPITA

SALUD Y EDUCACION

Salud Primaria:	Personas con consultas al M.S.
Centros Infantiles:	Personas que asisten a CEN-CINAI.
Comedores Escolares:	Personas que asisten a comedores escolares.
Acueductos rurales:	Familias rurales con agua por cañería.

PROTECCION GRUPOS VULNERABLES

Pensiones indujentes:	Personas con pensión en regímenes no contributivos.
Atención Niños y Mujeres:	Población menor de 12 años.
Atención Pobres:	Familias con ayudas del IMAS.
Atención Trabajadores Desempleados:	Personas desempleadas.

VIVIENDA Y DESARROLLO LOCAL

Bono Vivienda:	Familias con bono total.
Otros programas:	Familias con otros subsidios de vivienda.

APOYO ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Entrega Tierras:	Familias del 40% más pobre.
Asistencia Técnica Aícola:	Trabajadores del sector aícola.
Otros Programas:	Desempleados más trabajadores por cuenta propia.

Bibliografía

Adelman, Irma, and Cynthia Taft Morris.

1973 *Economic growth and Social Equity in Developing Countries*. Stanford, California: Stanford University Press.

Aguilar, Roger y Luis Guillermo López

1995 *Seguro de Salud: fortalecimiento financiero del programa de atención primaria*, CCSS. Febrero.

Alesina, A., and R. Perotti.

1993 *Income Distribution, Political Instability, and Investment*. National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 4486. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Asis Beirute, Luis y Marielos Piedra

1994 "El Reto de la Cobertura", en *La Seguridad Social Hoy: Problemas y perspectivas*, editado por Elías Jiménez Fonseca. San José, CR: EDNASSS.

ATD Consultores.

1993 "La Caja Costarricense del Seguro Social y la Contratación Privada de Servicios de Atención Ambulatoria Integral". Informe de Consultoría Presentado a Fiduciaria Transitorias S.A. (FINTRA). Febrero.

Badilla, E.

1991 "Informática Educativa en Costa Rica a partir de 1987". *Revista de Educación* 15(1):7-17. 1991. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Baker, Christopher E., Ronald Fernández P., and Samuel Z. Stone.

1972. *El Gobierno Municipal en Costa Rica: Sus Características y Funciones*. San José, Costa Rica: Associated Colleges of the Midwest Central American Field Program and La Escuela de Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica.

Banco Mundial

1990 *Costa Rica: El gasto público en los sectores sociales*. Informe No. 8519-CR Washington, D.C., Estados Unidos: Banco Mundial.

1991 *Staff appraisal report: Costa Rica base educational rehabilitation project*. Washington, Estados Unidos: Banco Mundial.

Banco de Desarrollo Inter-Americano

- 1992 "Los Sistemas de Entrega de los Servicios Sociales en Costa Rica: Situación y Opciones de Reforma". Informe Nacional para el Banco Interamericano de Desarrollo.

Banco Interamericano de Desarrollo/Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (BID/PNUD).

- 1993 *Reforma Social y Pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo*. Washington, D.C., Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo y Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.

Baro, R.

- 1991 "Economic growth in a cross-section of countries". En *Quarterly Journal of Economics*. No. 106 (mayo), pp. 407-445.

Behrmann, J.

- 1992 *An international perspective on schooling investments in some fast-growing eastern and southeastern countries*. Washington, D.C. Estados Unidos: Banco Mundial.
- 1993 "Inversión en Recursos Humanos" En *Banco Interamericano de Desarrollo. Programa económico y social en América Latina*. Informe 1993. Tema especial: Recursos Humanos. Washington D. C., Estados Unidos: BID.

Birdsall, Nancy, David Ross, and Richard Sabot.

- 1994 "Inequality and growth Reconsidered." Paper Delivered at St. Antony's College, Oxford, February.
- 1994 *La desigualdad como limitación del crecimiento en América Latina*. Mimeografiado

Bulmer-Thomas, Victor.

- 1988 *The Political Economy of Central America Since 1920*. London: Cambridge University Press.
- 1989 *La economía política de Centroamérica desde 1920*. San José, Costa Rica: Editorial EDUCA para el Banco Centroamericano de Integración Económica.

Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS)

- 1995 "Mecanismos y asignación de recursos", Proyecto de Reforma del Sector Salud. Unidad Técnica Reforma del Sector Salud, CCSS.
- 1994 "Proyecto de reforma del sector salud -- Resumen". Unidad Técnica Reforma del Sector Salud, CCSS.

Caldwell, John C.

- 1986 "Routes to Low Mortality in Poor Countries" in *Population and Development Review*, volumen 12, 2:171- 220.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe)

- 1995a *Indicadores sociales básicos de la Subregión Norte de América Latina y el Caribe, 1950-1994*. México, D.F.: México, CEPAL.
- 1995b *Indicadores Sociales*. México, DF: CEPAL.
- 1994a *Salud, Equidad y Capital Humano en Centroamérica*. Cuaderno de Ciencias Sociales, nro. 72. Programa Costa Rica Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. San José, Costa Rica.
- 1994b *Panorama Social de América Latina*. Santiago, Chile: Comisión Económica Para América Latina y el Caribe.
- 1992a *Bases para la transformación productiva y generación de ingresos de la población pobre de los países del Istmo Centroamericano*. LC/MEX/G3/Rev. 2. Impreso en Cuadernos de Ciencias Sociales, No. 47. Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), San José: Costa Rica.
- 1992b *El perfil de la pobreza en América Latina a comienzos de los años 90*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-Comisión Económica para América Latina.
- 1991 *Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta. Estudios e Informes de la Cepal*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- 1990 *Transformación Productiva con Equidad: La tarea prioritaria del desarrollo de América Latina y el Caribe en los años noventa*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- 1987 *Antecedentes estadísticos de la Distribución del Ingreso*. Costa Rica, 1958-1982. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CEPAL/UNESCO

- 1992 *Educación y Conocimiento: Eje de la transformación*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Chenery, Hollis et, al.

- 1974 *Redistribution with growth*. London: Oxford University Press.

COOPESALUD

- 1993 "Programa Anual de Actividades Técnico-Administrativas del SILOS de Pavas".

Cornia, Andrea, Frances Stewart, and Richard Jolly

- 1987 *Adjustment with a Human Face. A Study by UNICEF*. New York: Oxford University Press.

Dirección General de Estadística y Censos (DGEyC).

- 1988 *Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares*. San José, Costa Rica: Dirección General de Estadística y Censos.

Dreze, Jean, and Amartya Sen

- 1991 *Hunger and Public Action*. London: Oxford.

Durán, Fabio

- 1995 "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., abril.
- 1993 "Seguridad Social y Privatización de los Servicios de Salud", vol. 1, nro. 2, segundo semestre, p. 13-19.

Durán, Fabio, Daniel Muñoz, y Elizabeth Rodríguez

- 1995 "Una Evaluación Económica y Financiera de las Modalidades de Gestión de Servicios Ambulatorios de Salud Mediante Cooperativas". Caja Costarricense del Seguro Social. Marzo. San José, Costa Rica.

Fiedler, John L. y Félix Rigoli

- 1991 "The Costa Rican Social Security Fund's Alternative Models: A Case Study of the Cooperative-Based, COOPESALUD Pavas Clinic". Presented to the USAID. September.

Fields, G.

- 1980 *Poverty, Inequality and Development*. New York, Estados Unidos: Cambridge University Press.

Fischel, A.

- 1990 *Consenso y Represión: Una interpretación sociopolítica de la educación costarricense*. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica.

Fonseca, C.

- 1991 *Computadoras en la Escuela Pública Costarricense. La puesta en marcha de una decisión*. Serie Educación e Informática No.1, San José: Fundación Omar Dengo.

Fukuyama, Francis

- 1995 *The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: The Free Press. Garnier, L.
- 1992a *La política social en tiempos de ajuste*. mimeografiado.
- 1992b *From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America. Volume II. Case Studies*. Washington, D.C.: The World Bank.
- 1991 *Gasto Público y Desarrollo Social en Costa Rica*. Cuadernos de Política Económica No. 2. Heredia, Costa Rica: Maestría en Política Económica, Universidad Nacional
- 1990 *Social Spending in Latin America: The Story of the 1980s*. Washington, D.C.: The World Bank.

Garnier, L. y R. Hidalgo, R.

- 1991 "El estado necesario y la política de desarrollo." En: L. Garnier, R. Hidalgo, G. Monge et al. *Entre la ilusión y la desesperanza: una alternativa para el desarrollo de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ediciones Guayacán.

Garnier, Leonardo, Rebeca Grinspan, Leonardo Garnier, Roberto Hildago, Guillermo Monge and Juan Diego Trejos

- 1995 "El Desarrollo Social en Costa Rica durante la Segunda Mitad del Siglo XX". Documento preparado para el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

González-Vega, Claudio y Víctor Céspedes

- 1991 "Costa Rica", in *The Political Economy of Poverty, Equity, and Growth*, editado por Simon Rottenberg, 3-183. Oxford, New York, Toronto: World Bank/Oxford University Press.

Grosh, M. E.

- 1994 *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice*. Washington, D.C.: The World Bank

Guendell, Luwing, y Juan Diego Trejos

- 1994 *Reformas recientes en el sector salud de Costa Rica*, CEPAL, Serie Reformas de Política Social, Nro. 18, Santiago de Chile, 1994.
- 1992 "Reformas recientes en el sector salud en Costa Rica" en *Serie: Foro de Salud Pública*, nro.1. 1.

Instituto de Investigaciones Económicas/Asociación Alternativas para el Desarrollo (IIE/AAD)

- 1994 "Costa Rica: La Respuesta Estatal Frente a la Pobreza, Instituciones, Programas y Recursos". Informe Final Tercera Ronda de Estudio de la "Red de Centros de Investigación Económica Aplicada". Agosto.

Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas (IICE)

- 1988a *Estudio del Sector Público. El Desarrollo Económico de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica.
- 1988b *"Evolución de la Crisis Económica en Costa Rica y su Impacto sobre el Nivel de Pobreza"*. Informe final para Discusión. San José, Costa Rica. Documento mimeografiado.

Jaramillo, Juan, Cuauhtémoc Pineda, y Guillermo Contreras

- 1984 "Atención Primaria de Salud en Zonas Urbanas Marginales: el modelo de Costa Rica", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Septiembre, pps. 189-198.

Jiménez, Ronulfo, and Víctor Hugo Céspedes

- 1990 "Costa Rica: Cambio Estructural y Situación Social Durante la Crisis y la Recuperación." In *Políticas Económicas en Costa Rica, Vol. II*, ed. Claudio González-Vega and Edna Camacho Mejía. San José, Costa Rica: Academia de Centroamérica.

Jiménez C. W.

- 1986 *Génesis del Gobierno de Costa Rica (A través de 160 años de vida independiente: 1821-1981)*. EDUCA. San José, Costa Rica: Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio".

López Gutiérrez, Santiago

- 1975 "Origen y Características de la Democracia Costarricense." *Revista de Costa Rica* #3.

Marín, Oscar

- 1987 *Régimen Municipal, Volumen I*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia (UNED).

Marín, Fernando & Mauricio Rojas

- 1991 *Silos y Cooperativas de Salud*. San José: CCSS.

Martínez, D. y Wurgatf, J.

- 1993 "Fondos de Inversión Social: Situación y Perspectivas". En R. Infante (editor), *Deuda Social. Desafío de la Equidad*. Santiago, Chile: OIT.

Matarrita, M.

- 1986 "El desarrollo de la educación primaria en Costa Rica: la reforma liberal, 1886-1931" En: Carmen Lila (editora), *Las Instituciones Costarricenses del siglo XX*. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica.

Mehrotra, Santosh.

- 1994 *Social Development in Selected Countries: An Overview*. Draft. Mimeo. New York: Office of Social Policy and Economic Analysis, UNICEF.

Memorias del Ministerio de Salud (MINS)

Varios años.

Mesa-Lago, Carmelo

- 1994 *Changing Social Security in Latin America*. Boulder & London: Lynne Rienner Publishers.
- 1992 *Atención de Salud para los Pobres en la América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana para la Salud/ Fundación Interamericana. Publicación Científica Número 539.
- 1991 "La Seguridad Social en América Latina." In *Proceso Económico y Social en América Latina*, Informe 1991. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- 1983 *Seguridad Social y Pobreza*. Latin American Reprint Series, 19. Center for Latin America Studies, University Center for International Studies, University of Pittsburgh.

Ministerio de Educación Pública (MEP)

- 1994 *Indicadores Económicos y Estadísticos de la Educación en Costa Rica*. San José, Costa Rica: MEP.
- 1991 *El Gasto Público en los Sectores Sociales., 1975-1991*. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
- 1979a *La Educación en Costa Rica*. San José, Costa Rica: MEP, OFIPLAN, Presidencia de la República.
- 1979b *Informe sobre el Avance del Plan de Regionalización del Sistema Educativo*. San José, Costa Rica: Oficina de Publicaciones, MEP.
- 1979c *Información general sobre la Educación Técnica Profesional en Costa Rica*. San José, Costa Rica: MEP.
- 1976 Programa de salud para comunidades rurales de Costa Rica. 3rd ed.
- 1973a *Plan Nacional de Desarrollo Educativo: Programación* San José, Costa Rica: MEP.
- 1973b *Plan Nacional de Desarrollo Educativo: los andes objetivos* San José, Costa Rica: MEP.
- 1973 *Plan Nacional de Desarrollo Educativo: Taller Seminario de revisión*. San José.
- 1971 *Plan Nacional de Desarrollo Educativo*. San José, Costa Rica: MEP.
- 1970 *Algunos criterios y recomendaciones para la elaboración de los planes de estudio y programas de enseñanza*. San José, Costa Rica: Oficina de Planeamiento Inteval de la Educación.
- 1964 *Informaciones preliminares para el Diagnóstico de la Situación del Sistema Educativo Costarricense. Tomo I y II*. San José, Costa Rica: Oficina de Planeamiento Inteval de la Educación.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN).

- 1988 *Costa Rica: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025*. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.
- 1987 *Costa Rica: diferencias geográficas en el nivel de desarrollo social*. San José: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Costa Rica: MEP.

Ministerio de Salud

- 1976 *Programa de Salud para Comunidades Rurales de Costa Rica*. Tercera edición.

Miranda, Guido

- 1995 "La salud en Costa Rica" *Serie: Documentos de Trabajo*, 3. San José, CR: PNUD.
- 1994 *La seguridad y el desarrollo social en Costa Rica*, [1988] II Edición. San José, CR: EDNASSS/CCSS.

Mohns, Edgar

- 1984 "Evolución de Paradigmas en Salud". Hospital Nacional de Niños y UNICEF. Documento no publicado. San José, Costa Rica.

Monge, C.; Ríos F.

- 1984 *La educación: fragua de nuestra democracia*. Segunda Reimpresión. San José, Costa Rica: Editorial Universidad de Costa Rica.

Montiel, N.

- 1995 *Estudio econométrico de la ficha SISBEN*. San José, Costa Rica: Informe de consultoría no publicado presentado al Instituto Mixto de Ayuda Social.

Mora Agüero, Jorge

- 1989 *La Organización Comunal y DINADECO*. San José, Costa Rica: Instituto Costarricense de Estudios Sociales (ICES).
- 1991 *Las Juntas Progresistas: Organización Comunal Autónoma Costarricense, 1921-1980*. San José, Costa Rica: Fundación Friedrich Ebert.

Morley, Samuel A., and Carola Alvarez

- 1992a *Poverty and Adjustment in Costa Rica*. Working Papers No 123. Washington, D.C., Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- 1992b *Poverty and Adjustment in Costa Rica*. Preliminary Draft. Department of Development Studies. Washington, D. C.: InterAmerican Development Bank.

Muller, Edward N.

- 1994 "Egalitarian and Inegalitarian Consequences of Development and Democracy." Annual Meeting of the American Political Science Association. New York, September 1-4.

Nickson, R. Andrew.

- 1995 *Local Government in Latin America*. Boulder, CO: Lynne Rienner Publishers.

Oficina de Planificación Nacional y Política Económica (OFIPLAN)

- 1977 *La Costa Rica del año 2000*. Versión Preliminar, Tomo III, San José, Costa Rica: OFIPLAN.

Papert, S.

- 1993 *The Children's Machine: rethinking school in the age of the computer*. New York: Edited Basic Books.

Peeler, John.

- 1985 *Latin American Democracies: Colombia, Costa Rica and Venezuela*. Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina Press.

Picado, X.

- 1987 *El programa de corredores escolares: análisis evaluativo de una política social*. Documento de Trabajo, No.105. San José, Costa Rica: Instituto

Piñera, S.

- 1979 *¿Se benefician los pobres del crecimiento económico?*. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Poder Ejecutivo

1995 Proyecto de modificación del decreto número 17898-S.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

1994 *Informe sobre Desarrollo Humano 1994*. México, México: Fondo de Cultura Económica, S. A.

1993 *Informe sobre desarrollo humano, 1993*. Madrid, España: Artes áficas Toledo, S.A.

1992 *América Latina: el reto de la pobreza. Características, evolución y perspectivas*. Proyecto Regional para la Superación de la pobreza. Santafé Bogotá, Colombia: Editorial Presencia para el PNUD

Programa Regional del Empleo para América Latina y el Caribe (PREALC)

1992 *Costa Rica. Políticas para pagar la deuda social: empleo, salarios y gasto social*. Santiago, Chile: PREALC.

1990 *La deuda Social en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Guadiseños Ltda para el Programa Mundial del Empleo de la OIT.

Psacharopoulos, G. et al.

1993 *Poverty and income distribution in Latin America. The story of the 1980's*. Washington D.C. Estados Unidos: Banco Mundial.

Putnam, Robert D.

1993 *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Quesada, J. R.

1990 "Democracia y Educación en Costa Rica". En *Revista de Ciencias Sociales*, No. 48, pp. 41-58. Universidad de Costa Rica.

Raczynski, D.

1991 "Descentralización y políticas sociales: lecciones de la experiencia chilena y tareas pendientes". En *Colección de Estudios CIEPLAN*, No. 31, pp. 141-152, Santiago: Chile.

Rama, G.

1994 *A la búsqueda del siglo XXI: Nuevos caminos de desarrollo en Costa Rica*. Informe de la Misión Piloto del Programa Reforma Social del Banco Interamericano de Desarrollo. Mimeoafiado.

Rodríguez, A.; Smith, S.

1994 "A comparison of determinants of urban, rural and farm poverty in Costa Rica." En: *World Development*, Vol. 22 (3), Great Britain.

Rodríguez, M.

- 1992 *Medición de la pobreza*. Tesis no publicada y presentada a la Universidad de Costa Rica para optar al título de Licenciada en Economía.

Rodríguez, M.E.

- 1993 "Educación y sociedad". En Ministerio de Educación Pública y Universidad de Costa Rica (editores). *El significado de la legislación social de los cuarenta en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ministerio de Educación Pública.

Rodríguez, J.

- 1992 *Cronología de la Educación Costarricense 1575-1992*. Heredia, Costa Rica: Centro de Investigación y Docencia en Educación de la Universidad Nacional.

Rodrik, D.

- 1994 "King Kong Meets Godzilla: The World Bank and the East Asian Miracle." In *Miracle or Design: Lessons from the East Asian Experience*, ed. Albert Fislow and et. al. Washington: Overseas Development Council.

Rosenberg, Mark

- 1983 *Las Luchas por el Seguro Social en Costa Rica*, San José, CR: Editorial Costa Rica.

Rosero, L.

- 1984 "Las Políticas socio-económicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense". En Asociación Demográfica Costarricense (editora) *Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica*. San José: Asociación Costarricense de Demoafía.
- 1985 "Determinantes del descenso de la mortalidad en Costa Rica". En Asociación Demográfica Costarricense (editora) *Demoafía y Epidemiología en Costa Rica*. San José: Asociación Costarricense de Demoafía.

Rosero-Bixby, Luis

- 1991 "Studies of the Costa Rican Model I: Peace, health and development" in *Peace, Health and Development*, 4:47-58.
- 1985 "Demoafía y epidemiología en Costa Rica" *Asociación Demográfica Costarricense*. San José, CR: Asociación Demográfica Costarricense.
- 1983 "Las políticas socio-económicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense" *Asociación Demográfica Costarricense*. San José, CR: Asociación Demográfica Costarricense.

Rosero-Bixby, Luis y Leonardo Mata

- 1988 *National Health and Social Development in Costa Rica: A case study of intersectoral action*. Technical Papers, no. 13. Panamerican Health Organization. Washington, DC: OPS/OMS.

Sáenz, Lenín

- 1989 *Logros de una Política e Impacto de una Crisis en la Salud de un País*. Ministerio de Salud, Unidad Sectorial de Planificación. San José, Costa Rica.

Sanguinety, Jorge A.

- 1988a *La educación general en Costa Rica. La Crisis y sus posibles soluciones*. San José, Costa Rica: Development Technologies, INC.
- 1988b *La salud y el seguro social en Costa Rica*. San José, CR: Development Technologies, Inc. y Pragua Corporations.

Sauma, P.; Trejos, J.D.

- 1990 *Evolución reciente de la distribución del ineso en Costa Rica. 1977-1986*. Documento de Trabajo 132. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, Universidad de Costa Rica.

Sauma, P.; Hoffmaister, A.

- 1989 "Una aproximación a los determinantes y características principales de la pobreza en Costa Rica". En *Revista Ciencias Económicas*, Vol. IX (1 y 2), pp. 95-110. Universidad de Costa Rica.

Segunda Vicepresidencia.

- 1994 *Plan Nacional de Combate a la pobreza: por una Costa Rica integrada por las oportunidades*. San José, Costa Rica: mimeografiado.

Seligson, Mitchell A.; Passé-Smith

- 1993 *Development and Underdevelopment: The Political Economy of Inequality*. Boulder, CO.: Lynne Rienner.

Seligson, Mitchell A.; Ricardo Córdova M.

- 1995 *El Salvador: De la Guerra a la Paz, una Cultura Política en Transición*. San Salvador: IDELA y FUNDAUNGO.

Seligson, Mitchell A.; Edward N. Muller.

- 1990 "Estabilidad Democrática y Crisis Económica: Costa Rica, 1978-1983." *Anuario de Estudios Centroamericanos* 16-17(2): 71-92.
- 1987 "Democratic Stability and Economic Crisis: Costa Rica, 1978-1983." *International Studies Quarterly* 31 (September): 301-326.

Serra Canales, Jaime y Gonzalo Ramírez Guier

- 1985 "La experiencia del programa de salud en la comunidad 'Hospital sin Paredes

Sirowy, Larry, and Alex Inkeles.

- 1991 "The Effects of Democracy on Economic growth and Inequality." In *On Measuring Democracy: Its Causes and Concomitants*, ed. Alex Inkeles. New Brunswick, N. J.: Transaction.

Sojo, Ana

- 1994a *Experiencias recientes de selección de beneficiarios en Costa Rica: una evaluación del SISBEN*. Documento LC/R:1476. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- 1994b *Política Social en Costa Rica: reformas recientes*. Cuadernos de Ciencias Sociales, Programa Costa Rica Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Número 67. San José, Costa Rica.
- 1990 "Naturaleza y Selectividad de la Política Social", en *Revista de la CEPAL*, número 41, agosto.

Soto B. O;

- 1968 *La educación en Centroamérica*. San Salvador, El Salvador. ODECA.

Taylor-Dormond, Marvin.

- 1991 "The State and Poverty in Costa Rica." *CEPAL Review* No. 43 (April): 131-148.
- 1991 "El Estado y la pobreza en Costa Rica". En *Revista de la Cepal*. 43, Abril: 133-150.

Tomic, Blas

- 1983 *Descentralización y Participación Popular: la salud rural en Costa Rica*. Monografía sobre empleo No. 34. Organización Internacional del Trabajo, Programa para América Latina y el Caribe.

Trejos Quirós, José Francisco

- 1939 *Origen y Desarrollo de la Democracia en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Trejos y Hnos.

Trejos, Juan Diego

- 1995 *La pobreza en Costa Rica: una síntesis cuantitativa*. San José, Costa Rica: Instituto de investigaciones en Ciencias Económicas. Documento de Trabajo en prensa.
- 1992a "Focalización y Pobreza: Nuevas tendencias en la política social". PNUD/CEPAL. Octubre. Santiago, Chile.
- 1992b "Costa Rica: los comedores escolares". En Margaret E. Gosh (editora). *From Platitudes to practice: targeting social programs in Latin America*. Volume II : Cases Studies. LACTD, Report No. 21, Washington D.C.; Estados Unidos: Banco Mundial.
- 1991 "La política social y la valorización de los recursos humanos". En: L. Garnier, R. Hidalgo, G. Monge et al. *Entre la ilusión y la desesperanza: una alternativa para el desarrollo de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ediciones Guayacán.
- 1990 *Pobreza y política social en Costa Rica. Documento No.1, Proyecto regional para la Superación de la Pobreza en América Latina (RLA/86/004)*. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Trejos, Juan Diego, Xinia Picado, Adrián Rodríguez e Inés Sáenz

- 1994 "Estrategias para Combatir la Pobreza en Costa Rica: Programas, Instituciones y Recursos". Serie de documentos de trabajo, nro. 193. Banco Interamericano de Desarrollo, Departamento de Desarrollo Económico y Social.

Trejos, J.D., Garnier, L., Hidalgo, R. et al.

- 1993 *Sistemas de entrega de los servicios sociales: Una agenda para la reforma en Costa Rica*. Serie de Documento de Trabajo, 153. Washington, D.C., Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.

Trejos, J.D.; Rodríguez A.; Sáenz I; Picado X.

- 1994 *La lucha contra la pobreza en Costa Rica: Instituciones, Recursos y programas*. Documento de Trabajo No. 181. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas.

Ugalde, Antonio

- 1992 "The Delivery of Primary Health Care in Latin America During Times of Crises: Issues and Policies", in *Health and Health Care in Latin America*. Connie Weill & Joseph Scarpaci (eds), 85-121. Minnesota Latin American Series, # 3/Iowa International Papers.

UNICEF

- 1989 *The State of the World's Children*. New York: Oxford University Press.

Vanhanen, Tatu

- 1975 *Political and Social Structures, Part I: American Countries 1850-1973*. Tampere, Finland: University of Tampere.

Vargas, William

- 1993 "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. Septiembre.

World Bank

- 1994 *World Development Report, 1994*. Washington, D. C.: Oxford University Press.
 1990 *World Development Report, 1990*. Washington, D. C.: Oxford University Press.
 1989 *World Development Report, 1989*. Washington, D. C.: Oxford University Press.

Wurgaft, J.

- 1993 *Fondos de Inversión Social en América Latina*. Santiago, Chile: PREALC/OIT.

Zamora Carlos Alberto y Luis Bernardo Sáenz

1995 "Variaciones de los Servicios de Salud bajo Diferentes Modalidades de Gestión". Centro de Investigaciones para el Desarrollo de Canadá/ Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica.

Zelaya, Chester, Oscar Aguilar Bulgarelli, Daniel Camacho, Rodolfo Cerdas, and Jacobo Schifter. 1978.

1978 *¿Democracia en Costa Rica?* San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia (UNED).

Zuvekas Jr., Clarence.

1992 *Costa Rica: The Effects of Structural Adjustment Measures on the Poor, 1982-1990*. Staff Working Papers, Number 5. Washington, D. C.: Bureau for Latin America and the Caribbean, United States Agency for International Development.

Este libro se terminó de imprimir en la Oficina de Publicaciones de la Universidad de Costa Rica, en el mes de noviembre de 1996. Su edición consta de 250 ejemplares.
Ciudad Universitaria Rodrigo Facio