

INT-1130

*c.1*

Borrador para discusión  
Sólo para participantes

3 de Agosto de 1992

*c.2*

CEPAL  
Comisión Económica para América Latina y el Caribe

"Proyecto Regional sobre Reformas de Política para  
Aumentar la Efectividad del Estado en América Latina  
y el Caribe (HOL/90/S45)"

Seminario Regional sobre Reformas de Política Pública  
Santiago, Chile, 3 - 5 de Agosto de 1992



**LA POLITICA SOCIAL EN COSTA RICA:  
PANORAMA DE SUS REFORMAS RECIENTES**

---

Este documento fue elaborado por la señora Ana Sojo de CELADE, para el Proyecto Regional "Reformas de Política para Aumentar la Efectividad del Estado en América Latina y el Caribe" (HOL/90/S45), que realiza la CEPAL con el financiamiento de los Países Bajos. Las opiniones expresadas en este trabajo, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

24 AGO 1992



**LA POLÍTICA SOCIAL EN COSTA RICA: PANORAMA DE  
SUS REFORMAS RECIENTES**



## I N D I C E

### Página

I. INTRODUCCIÓN . . . . .	1
II. EL AJUSTE FISCAL Y EL GASTO SOCIAL . . . . .	2
1. Caída y recuperación relativa del gasto social . . .	2
2. Vigencia redistributiva de los programas sociales .	3
III. ALGUNOS INDICADORES DE PROBLEMAS DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS . . . . .	5
1. Educación . . . . .	5
2. Salud . . . . .	7
IV. REFORMAS RECIENTES DE LA POLÍTICA SOCIAL . . . . .	9
1. La inversión en capital humano y sus innovaciones .	9
2. La reforma administrativa en salud . . . . .	11
3. Vivienda: un sector desigualmente reestructurado en aras de mayor eficiencia y de selectividad . . . . .	15
4. Experiencias de privatización de servicios: las cooperativas de salud . . . . .	19
ANEXO . . . . .	22
BIBLIOGRAFIA . . . . .	28



# LA POLÍTICA SOCIAL EN COSTA RICA: PANORAMA DE SUS REFORMAS RECIENTES <sup>1</sup>

(Versión para comentarios)

Ana Sojo <sup>2</sup>

## I. INTRODUCCIÓN

La crisis económica de la década de los ochenta acarrea transformaciones graduales de la política social en Costa Rica. Luego, no se rewertieron las tendencias fundamentales vigentes hasta entonces, a saber, su orientación eminentemente universalista con selectividad en algunos programas, la importante presencia del Estado en su financiamiento y ejecución, y su fuerte carácter redistributivo. Se mantuvieron así los objetivos centrales y sus instrumentos concomitantes, redistributivos y relativos a la inversión en recursos humanos y a la integración y movilidad social.

Imperioso fue racionalizar el gasto social ante la contracción de los ingresos del Estado y el déficit de las instituciones de bienestar. Reformas administrativas, la generación de nuevos ingresos y la reestructuración de algunos servicios \*\*cambiar esto por una expresión más precisa\*\* fueron los mecanismos primordiales a tal fin.

Se indagará en las alteraciones de la política social, desde una taxonomía sectorial. Los cambios cubren un espectro muy diverso: modificaciones del financiamiento; de lo administrativo y la gestión; privatización relativa de algunos servicios; intentos de descentralización; modificaciones de beneficiarios de algunos programas.

Los programas sociales, en muchos casos, dan claros indicios de deterioro. La caída per cápita del gasto, aunada con inercias que conspiran contra una elevación de su productividad, han conducido a desmejorar la calidad de los programas. Pero su vigencia e impacto redistributivo -a pesar de las constricciones fiscales- su eficacia para compensar el gran costo social del ajuste y el esfuerzo emprendido por recuperar los niveles de gasto social e incluso por introducir programas innovadores, son trazos fundamentales que hasta el momento impiden hablar de una crisis del Estado de bienestar. Por otra parte, están sobre el tapete aspectos vulnerables que, ante el agotamiento de algunos mecanismos de financiamiento y de gestión, en caso de no mediar reformas profundas, podrían conducir a una crisis.

---

<sup>1</sup> Este trabajo es resultado de una colaboración del CELADE y de la División de desarrollo económico de la CEPAL

<sup>2</sup> Funcionaria CEPAL/CELADE.

## II. EL AJUSTE FISCAL Y EL GASTO SOCIAL

### 1. Caída y recuperación relativa del gasto social

El contexto fiscal de los ochenta estuvo marcado por el alto servicio de la deuda, medidas de estabilización heterodoxas, la dependencia del financiamiento externo de organismos internacionales con sendas propuestas para sanear las finanzas públicas, la precariedad del crecimiento económico y el ajuste estructural de signo gradualista (Sojo, 1989a y 1989b).

En aras de la urgente estabilización macroeconómica era imposible mantener el elevado gasto social<sup>3</sup> propio de la década de los setenta. En 1981 se inició una severa caída de los recursos, que se extendió por tres años; en 1984 comenzó una recuperación inestable del gasto (Cuadro 1).

Relacionada con el comportamiento del PIB, la recuperación denota un esfuerzo por mantener un gasto social considerable a pesar de las restricciones financieras; a partir de 1987 su proporción es igual o mayor que en los años setenta. La relación gasto social/gasto del sector público no financiero expresa también que en el recorte global del gasto público, la menor participación del social ocurre en el período 1981-1985, mientras que a partir de 1987 ella se eleva incluso por encima de la de los años setenta (Cuadros 2 y 3).

Una estimación gruesa del gasto en relación con los usuarios, por su parte, muestra comportamientos sectoriales diversos. En salud y en educación, destaca la gradual y sostenida reducción del gasto real per cápita. En vivienda, luego de una considerable caída, desde 1987 el gasto per cápita se eleva por encima de la tendencia histórica. En asistencia social<sup>4</sup>, desde 1987 la elevación del gasto per cápita supera de lejos la participación anterior, sobre todo en el año 1987 (Cuadro 4). Estos datos son congruentes

---

<sup>3</sup> Gasto social se entiende en un sentido lato del término, no restringido a la asignación presupuestaria del gobierno para los programas sociales. En Costa Rica, el sector salud generalmente ha ocupado un lugar preponderante en la estructura del gasto social. Una parte sustancial de este rubro proviene de las cuotas tripartitas de seguridad social y de riesgos del trabajo, fuente que se ha vuelto creciente, hasta llegar a cubrir recientemente 3/4 partes de los ingresos mientras que las apropiaciones del presupuesto nacional, que alcanzaron su mayor participación en 1982, han tendido a disminuir. (Vallejo y Iunes, 1991, p. 4)

<sup>4</sup> El cambio relativo y absoluto del gasto en asistencia social entre 1985 y 1987 responde en parte a que la metodología de la estimación del período es otra. Por esta razón, las series 1975-1985 y 1987-1989 del gasto en asistencia social no son estrictamente comparables



con cambios en la estructura sectorial del gasto, que denotan una menor participación de salud y educación (Cuadro 5).

## 2. Vigencia redistributiva de los programas sociales

La medición más reciente que permite comparar el impacto redistributivo de diversos programas sociales data de 1983. Tal año fue particularmente crítico, inserto tanto en el período de contracción más fuerte del gasto social (1981-1983) como en el de reducción más marcada del nivel de vida de la población (1980-1983), cuando se retrocedió un decenio o más en diversos indicadores del nivel de vida: ingreso, consumo, empleo y mortalidad infantil.

El subsidio <sup>5</sup> global brindado por los programas sociales principales se estimó para 1983 en 19 512 millones de colones, equivalentes a un 16% del PIB de ese año (Trejos y otros, pp. 175-196). Un 39% se dedicaba a educación, un 38% a salud, un 9% a servicios de agua y depuración de aguas, un 7% a vivienda y un 2% a seguridad social. Un tercio del subsidio beneficiaba a las familias pobres y, dentro de ellas, un 53% a las de pobreza básica y un 47% a las de pobreza extrema (Ib., p. 180).

El impacto redistributivo de los programas era diverso. En educación, las familias pobres percibían más de la cuarta parte del subsidio. De otro lado, hay claras diferencias por estrato en el acceso a la educación: los beneficiarios de la educación secundaria se concentraban en los sectores medios; un 42% de los beneficiarios de la educación superior provenía de los dos deciles de familias adineradas y en la educación primaria la situación es la opuesta. (Ib.)

En salud, un 37% de los gastos se asignaba a las familias pobres. Considerando esta población, el subsidio medio en salud por familia pobre era mayor que el de los no pobres en más de un 50%. (Ib.).

En alimentación y nutrición, así como en seguridad social, los subsidios se orientaban principalmente hacia familias de bajos ingresos: dos terceras partes beneficiaban a las familias pobres. Por el contrario, en vivienda, agua y depuración de aguas, se beneficiaban básicamente sectores no pobres. Las familias pobres obtenían sólo un 11% del subsidio en vivienda y un 20% del subsidio en agua y depuración de aguas. En el caso de la pobreza extrema, el subsidio en aguas era nulo y en el otro, sólo de un 9%. (Ib., p.182)

---

<sup>5</sup> Se entiende por subsidio la relación entre el valor económico estimado de los bienes y el valor neto del pago realizado

Los programas mencionados son universales y su impacto redistributivo es notable: en términos relativos y absolutos, los pobres constituyen el grupo más favorecido. Considerando todo el país, el subsidio incrementaba en más de una cuarta parte el ingreso familiar. En el caso de los pobres, los subsidios representan el 86% de su ingreso familiar, y un 18% del obtenido por los no pobres (Ib., p. 184). El grupo de extrema pobreza aumentaba su ingreso más del doble.

El subsidio mensual a las familias urbanas (promedio 4 166 colones) era mayor que el de las rurales (2 993 colones), si bien en el campo los pobres recibían mayores beneficios que los no pobres. De allí que pueda concluirse: "Cuando el subsidio es considerado, la proporción global de familias en pobreza declina de un 26 por ciento a sólo un 10 por ciento. La reducción más fuerte tiene lugar en la pobreza extrema, cuyo nivel llega a ser de solo un 3 por ciento. Como consecuencia, la composición de la pobreza global cambia: el 70 por ciento de la misma proviene de la pobreza básica (en lugar del 53% que era antes del subsidio) y el resto proviene de la pobreza extrema" (Ib., p. 188)

Una vez incluido el subsidio, el ingreso global del país y el ingreso global urbano se incrementaban en una cuarta parte y en las zonas rurales en un 30%. Con excepción de las familias urbanas en pobreza básica, el subsidio conducía a niveles medios superiores para todos. La brecha de pobreza global por familia declinaba de 3 332 colones a 2 732, y la per cápita de 498 a 382 colones: la brecha global pasaba de 439 a 137 millones, lo cual significa una reducción de más de dos terceras partes. (Ib., pp. 190 y 192)

Según su grado de progresividad medido con el coeficiente de Gini y sin considerar la intensidad del subsidio, los programas y subprogramas considerados constituyen tres grupos (Sauma, 1991, pp. 48 y 49) <sup>6</sup>

- ▶ Distribución progresiva del subsidio: se insertan aquí la mayoría de los programas y subprogramas sociales. En orden decreciente de progresividad son los siguientes:
  - INCIENSA y producción de alimentos (-0.696)
  - subsidios directos en vivienda (-0.544)
  - ayudas en alimentos (-0.528)
  - pensiones no contributivas (-0.366)

---

<sup>6</sup> Sauma llega a tales conclusiones a partir de la misma información recogida en el estudio anterior (Trejos et. al., 1988). Sin embargo, las cifras relativas al monto de los subsidios, su impacto redistributivo y su intensidad no son idénticas a las de Trejos et. al. que han sido incluidas aquí.

- comidas servidas (-0.341)
  - educación primaria y especial (-0.312)
  - medicina preventiva (-0.272)
  - programas de bienestar social (-0.200)
  - educación media técnica (-0.173)
  - hospitalización (-0.144)
  - formación profesional (-0.141)
  - educación preescolar (-0.124)
  - consulta externa (-0.099)
  - educación media académica (-0.018)
- ▶ Distribución regresiva del subsidio, pero menor que la distribución del ingreso sin subsidio
- agua potable (0.063)
  - programas de financiamiento del INVU (0.092)
  - alcantarillado (0.106)
  - pensiones IVM (0.322)
  - educación superior (0.365)
- ▶ Distribución del subsidio más regresiva que la distribución del ingreso sin subsidio
- pensiones de "otros regímenes estatales" (0.420)
  - financiamiento para vivienda de intermediarios financieros públicos (0.568)

Después de 1983, se modificó la selectividad de algunos programas pero, exceptuando el sector vivienda, en forma marginal. Por la intensidad del subsidio, posiblemente sólo el bono de vivienda incidió positivamente en el impacto redistributivo global del sector vivienda. Por su parte, los crecientes fondos destinados a pensiones con efectos regresivos posiblemente han modificado negativamente el impacto redistributivo global del gasto social.<sup>7</sup>

### III. ALGUNOS INDICADORES DE PROBLEMAS DE CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

#### 1. Educación

La reducida tasa de analfabetismo y la amplia cobertura, particularmente de la enseñanza primaria, y de la secundaria hacen de Costa Rica uno de los países con mayores logros educativos en

---

<sup>7</sup> Las estimaciones del impacto redistributivo particular de algunos programas que se mencionarán en el apartado sobre selectividad no permiten una comparación intersectorial ni una ponderación de su efecto global.

América Latina y el Caribe. Sin embargo, el sector se ha visto muy afectado en su prestación de servicios, por su enorme dependencia de las transferencias del gobierno central, en contraste con el sector salud cuyo financiamiento es más diversificado.

Las alteraciones del "mix" de servicios en educación acarreadas por la reducción del gasto han conducido a un deterioro de la calidad. Desde 1980, la proporción del gasto corriente en salarios se ha elevado a un 98 y 99% del total, en claro detrimento de los demás rubros. Además de tal desequilibrio, los salarios docentes se redujeron notablemente: entre 1980 y 1987, disminuyeron en un 34.4% en preescolar y primaria; en la secundaria académica y técnica, cerca del 40% (Sanguinetty, 1988b).

Tales reducciones salariales impidieron hacer frente adecuadamente a la creciente demanda de servicios educativos, que implicaba reclutar un número adicional de 6 200 maestros entre 1981 y 1989. Se procedió, entonces, a emplear personal docente no calificado: el número de maestros no calificados o subcalificados aumentó de 3 028 a 5 782, llegando a representar un 23% del total de maestros en 1989; de ellos un 72% eran sólo aspirantes que habían concluido la secundaria. Muchos fueron asignados a escuelas rurales a cargo de un solo maestro en los diversos grados, tarea difícil incluso para maestros con destrezas singulares (World Bank, 1991, p.7). En la primaria, en 1981 un 87% de los maestros eran calificados, cifra que se redujo en un 10% en 1989 mientras que en la secundaria era de un 81% y se redujo en un 2%. Por su parte, los programas de emergencia del Ministerio de Educación iniciados en 1986 para formar recursos docentes llegaban a cubrir escasamente la mitad de las necesidades (Ib.).

Los gastos de inversión en 1980 eran un 27% del total; en 1989 ascendían a solo un 1%. Los signos de deterioro del "mix" de servicios saltan a la vista. Los libros de texto, por su deterioro natural y la demanda creciente, escasean. Se calcula que en los grados 1 al 9, solo la mitad de los estudiantes tienen libros de texto. Mapas, bibliotecas básicas, pizarrones, reglas y juegos simples de matemática y geometría, son recursos de apoyo también escasos. Se ha visto afectado el mantenimiento de los edificios y la construcción de nuevas aulas. Cifras conservadoras estiman un déficit de 630 aulas; por otra parte, el uso de las salas de clase en turnos dobles en casi todas las escuelas ha llevado a reducir considerablemente la jornada escolar (Ib., pp.9, 11 y 13).

Naturalmente, no quedó inalterada la eficiencia de los servicios y su calidad, de cuyo menoscabo hay diversos indicadores, sobre todo en las regiones más pobres del país. En general, el deterioro del rendimiento educativo está también posiblemente asociado con la caída de las condiciones de vida de los alumnos.

Entre 1980 y 1989, la tasa de repetición se incrementó en todos los grados, y con mayor intensidad en algunos. En el tercer ciclo (grados 7-9) se duplicó al ascender al 16.1% y en el cuarto casi se duplicó al sobrepasar el 10% ; en las escuelas nocturnas se triplicó (Ib., p. 71).

Entre 1980 y 1988, la tasa de deserción del primer y segundo ciclo se redujo a 2.7% (grados 1-3 y 4-6). Pero aumentó en el tercero a un 13.6% y en el cuarto; en estos mismos ciclos el aumento en la escuela nocturna es notorio (Ib., p. 72).

El rendimiento de los alumnos, medido en exámenes especiales de matemáticas, español, ciencias y ciencias sociales efectuados en 1987 en la primaria y en la secundaria, fue extremadamente bajo (Ib., pp. 6 y 7):

- En todos los niveles de educación, el rendimiento promedio en todas las materias fue menor del 30%
- El rendimiento promedio de los alumnos rurales fue un 37% menor que el de los urbanos
- En todos los casos, hay una relación inversa entre el grado y el porcentaje de estudiantes que alcanzó la nota mínima: cuanto más elevado el grado, menor la aprobación
- En la primaria, las notas peores fueron en matemáticas, con un promedio nacional de aprobación de sólo un 24.2%, y en español con 24.2%.
- En la secundaria, las notas más bajas fueron en estudios sociales, con un 2% de aprobación, seguidas por matemáticas con un 2.8% y español con 7.3%.

## 2. Salud

En las consultas externas, en el período 1985-1990 se dió una reducción significativa del número de consultas generales y un incremento de más del 86% en las de urgencia. La participación de éstas en el total de consultas pasó de cerca del 11% a casi el 19% (Vallejo y Iunes, 1991, p. 15). Ello puede indicar una reacción ante largas horas de espera y, en general, dificultades de acceso a los servicios de salud.

Con la crisis no se dió una elevación sustancial de la participación de sueldos y salarios en el total del gasto. Incluso se dieron reducciones: de 1985 a 1990 en la CCSS, ellos disminuyen al pasar del 57% al 55%. Sin embargo, según conclusiones recientes de la Comisión evaluadora de esa institución, los médicos no cumplen con la jornada de ocho horas de trabajo para la que son contratados y algunos trabajan sólo de 2 a 4 horas; ello disfrazaría un aumento en el costo por hora efectivamente trabajada

por el estrato profesional de mayores ingresos. Naturalmente, eso se debe revertir negativamente en la prestación de servicios, junto con otros elementos como la inadecuada proporción del escaso personal paramédico en relación con los médicos (Ib., p. 16).

Afortunadamente, a diferencia de países como Chile, al contraerse los recursos disponibles, las políticas de salud no incurrieron en una perspectiva polarizada de la transición epidemiológica, que se hubiese caracterizado por una competencia de recursos para atender patologías pre- y posttransicionales (Bobadilla et.al., 1990, p. 19). De allí los satisfactorios índices de salud relacionados tanto con la atención materno-infantil como con la del adulto (Rosero-Bixby, 1991).

Pero la complejidad de la transición epidemiológica se revierte en peculiares demandas hacia el sistema de salud y presiona hacia servicios hospitalarios más complejos, mayor diversidad de los recursos humanos e innovación tecnológica, factores todos que pueden generar costos crecientes. De allí la necesidad de reducir las presiones de costos enfatizando los programas de prevención primarios que reduzcan la exposición a los factores de riesgo (Bobadilla et. al., op. cit. pp. 19,20,23 y 35).

La organización y funcionamiento actual del sistema de salud presenta, a tal fin, limitaciones importantes. Es así como las unidades asistenciales del primer nivel tienen un bajo nivel resolutivo, lo cual conduce a resolver los problemas en la consulta especializada y a concentrar los servicios en los hospitales nacionales de alta complejidad, lo cual implica altos costos de operación (Comisión CCSS, 1991, p. 161). De allí que evaluaciones diversas coincidan en la necesidad de mejorar la capacidad resolutiva de las instalaciones de menor complejidad, mejorando la dotación de algunas clínicas y de los centros de salud (Ib.; Sanguinetti, 1988a; Vallejo y Iunes, 1991)

Esa modificación posiblemente revertiría también desigualdades de la atención generadas por la alta concentración de recursos en el Valle Central, en detrimento del resto del país (Comisión CCSS, 1991, p. 162). La distribución de los recursos humanos se estima inadecuada; mientras que en los hospitales nacionales hay especialistas en todos los campos, es notorio el déficit de profesionales en los demás centros médicos asistenciales. En el Ministerio de Salud están concentrados algunos tipos de profesionales con poco trabajo, mientras que hay unidades paralizadas en las regiones por falta de esos profesionales (Comisión salud, s.f., p. 17).

\*\*\* agregar algo sobre las limitaciones de la atención primaria acareadas por los recortes del Ministerio de salud\*\*\*

#### IV. REFORMAS RECIENTES DE LA POLÍTICA SOCIAL

##### 1. La inversión en capital humano y sus innovaciones

A pesar de los serios problemas enfrentados por el sector educativo, son señeros los esfuerzos por innovar en ese campo, al introducir desde 1987 la informática educativa en las escuelas públicas más pobres de todo el país, giro de vital importancia considerando que el mundo vive actualmente un cambio de paradigma tecnológico.<sup>8</sup>

La informática se introdujo en la educación primaria no como un estudio en sí mismo, que no contribuiría a desarrollar la capacidad creadora o el pensamiento lógico ni respondería a las necesidades de aprendizaje de preescolares y escolares. Tampoco como un mero apoyo en la trasmisión de conocimientos, en la cual el usuario da respuestas pasivas a estímulos ofrecidos por la máquina (Badilla, 1992).

Por el contrario, se pretende lograr una amplia gama de ambiciosos objetivos, entre los que destacan: desarrollar la creatividad y destrezas del pensamiento lógico, estimular el desarrollo de la inteligencia, actuar contra el acrecentamiento del abismo tecnológico respecto de los países desarrollados, crear una generación de costarricenses familiarizados con las nuevas tecnologías, contribuir al desarrollo del sector productivo, promover la democratización geográfica y hacer accesible esta tecnología a los niños de bajos ingresos (Fonseca, 1989 y 1991).

De allí la elección del lenguaje de programación de perfil pedagógico LOGO, desarrollado por Seymour Papert, inspirado -entre otros pensadores- en las ideas de Piaget. El LOGO parte de una idea de educación como construcción: el conocimiento no se transmite sino que se construye y se crea en la mente, con el apoyo de otra gente y de una infraestructura material, cultural y social. El lenguaje LOGO integra el proceso de juego, de creatividad y de conocimiento (Ib.,; Quesada,s.f.).

El esfuerzo ha supuesto la colaboración del sector público, del sector privado nacional y de organismos internacionales. Por haber sido declarado de interés público, las donaciones que reciba la Fundación Omar Dengo son deducibles del impuesto sobre la renta. Fue creado por iniciativa estatal y ha sido desarrollado, administrado y financiado por la Fundación Omar Dengo, entidad privada sin fines de lucro creada para apoyar las iniciativas del Ministerio de Educación en pro de la mejora de la educación.

---

<sup>8</sup> Ver una fundamentación de la relevancia de la inversión en recursos humanos en una etapa de cambio de paradigma tecnológico, para crear factores para la competitividad sistémica en Sojo, 1991, parte VI y CEPAL, 1992

Las computadoras son propiedad de la fundación y se prestan a las escuelas públicas de acuerdo con la selección hecha por el Ministerio, con base en criterios regionales y de densidad de población. Las universidades estatales han apoyado en el montaje y evaluación del programa; las instituciones autónomas han colaborado con bienes y servicios como la donación de 210 líneas telefónicas para los laboratorios; el Ministerio ha aportado los salarios de los instructores y maestros de laboratorios; las comunidades han aportado elementos de la infraestructura física para los laboratorios; algunas empresas privadas han hecho donaciones.

Se ha dado un gran énfasis a la formación de los maestros. Además se ha garantizado una adecuada reposición de los maestros calificados que se ausentan por razones de migración, incapacidad o pensiones, y que pueden ser un 10% o 15% del total.

Los niños asisten a los laboratorios dos veces por semana y trabajan en parejas en cada máquina, en sesiones de cuarenta minutos. Hasta 1991, la cobertura del programa se realizó en tres etapas; tal ritmo significó una reducción de la cobertura planteada originalmente (FOD, s.f.): <sup>9</sup>

Etapa I	(1988):	60 laboratorios, 63.000 niños
Etapa II	(1989):	70 laboratorios, 48.000 niños
Etapa III	(1991):	30 laboratorios, 35.000 niños

Cada laboratorio cuenta con 20 computadores. Durante 1989 se instalaron algunos con 10 máquinas en forma experimental (medios laboratorios) y se puso en marcha la primera experiencia en una escuela unidocente. Concluida la etapa III, se cubre aproximadamente el 35% del total de escolares del país, con laboratorios en todos los cantones.

Lamentablemente, disensos entre la Fundación y el Ministerio de Educación desde 1990 han afectado ciertas tareas, cuando el Ministerio redujo el ímpetu mostrado durante la administración anterior (Fonseca, 1991a). Además del ritmo de cobertura para la escuela primaria, un punto polémico es la introducción de la informática en la secundaria para garantizar una continuidad en las destrezas logradas, programa cuyo costo estima la Fundación en 10 millones de dólares. <sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Es necesario anotar que diversos documentos de la Fundación y/o sus funcionarios, muestran discrepancias leves respecto del número de computadores instalados y de la cobertura lograda

<sup>10</sup> Esta información y la siguiente (si no se indica otra fuente), se obtuvo en una entrevista con el Ing. Antonio Ayales, gerente general de la Fundación Omar Dengo, realizada en marzo de 1992



La Fundación inició el programa con un aporte fundamental de la AID de 8 millones de dólares, recibido en tres etapas. Ellos se han destinado a adquirir máquinas, y a crear un fondo patrimonial, cuya inversión permite realizar los otros gastos. En 1988, 200 millones de colones se destinaron a adquirir equipo computacional y 56 al fondo; en 1989 126 a equipo y 50 al fondo y en 1990, 100 a equipo y 131 al fondo. Se ha contado también con el apoyo del BID.

Ya se iniciaron los programas de extensión para la comunidad, que incluyen formación básica en informática, aplicaciones informáticas convencionales con aprendizaje de diversos paquetes de software, producción de paquetes informativos, asesoría en informática. Los beneficiarios son maestros, funcionarios municipales, grupos de desarrollo comunal y juveniles, profesionales, empresa privada, grupos de la tercera edad (Araya, 1991b).

También se está montando una red abierta de telecomunicaciones, para transferir información en formato electrónico en línea entre la sede central de la Fundación y los laboratorios, y que permita a sus usuarios interconectarse con otras redes educativas y con servicios complementarios. Las primeras etapas fueron viables gracias al esfuerzo mancomunado de la Fundación, del ICE y de la empresa privada Radiográfica Costarricense. Actualmente están disponibles los servicios de correo electrónico, el acceso a bases de datos nacionales e internacionales y la conexión con las redes Bitnet e Internet; cerca de cincuenta escuelas están interconectadas y algunas se relacionan con escuelas de San Diego, Boston y Canadá. Los laboratorios reciben un subsidio inicial y deben lograr autosuficiencia en los gastos de la red mediante los ingresos que genere el programa de informática para las comunidades (Araya, 1991a).

La Fundación está colaborando con la automatización de los servicios administrativos de las escuelas. Se ha establecido en la UNED un bachillerato y licenciatura a distancia en informática educativa. También una Maestría en la misma disciplina, en la Universidad de Costa Rica en colaboración con la Universidad de Hartford, Connecticut, a la que la Fundación ha aportado catorce becas y el Ministerio de educación cuatro.

## 2. La reforma administrativa en salud

De 1980 a 1989, como se vió, una vez iniciada la caída en 1981, las recuperaciones posteriores del gasto en colones constantes no permitieron recuperar los niveles de 1980, con su consecuente reducción per cápita. De allí el deterioro de la calidad de los servicios que se ha señalado.

Sin embargo, sería unilateral estimar el nivel de prestación de servicios únicamente a partir de las reducciones del gasto. Si se toma en cuenta el peso que tiene en el sector la CCSS -ella brinda un 78% del total de servicios de salud- son importantes las medidas emprendidas por esta institución para aumentar su eficiencia interna reduciendo costos hospitalarios y de consulta externa. En 1985, el gasto total de la CCSS era un 24% menor que en 1979, pero posteriormente se dió un aumento real de los costos (Sanguinety, 1988a, pp. 49 y 108). En ese mismo año, en el espectro latinoamericano y del Caribe, Costa Rica tenía buenos promedios nacionales de ocupación de camas en los hospitales (81%) y de duración del internamiento (6.3 días). Una comparación de los gastos administrativos en el período 1983-1987 también situaba la relación de los gastos administrativos con los totales como una de las más bajas de la región (Mesa Lago, 1991b, pp. 89 y 96).

Las medidas fueron relativa a las áreas de recursos humanos, de materiales y de finanzas. Destacan de las dos primeras (Fiedler y Rigoli, 1991, p. I,6):

- suspensión del pago de horas extra, excepto en algunas posiciones médicas
- congelamiento de la contratación de empleados para llenar vacantes
- eliminación de puestos interinos
- reducción del costo de la comida del personal hospitalario
- introducción del pago obligatorio de los empleados de su cuota al seguro de enfermedad y maternidad, del cual estaban liberados
- reducción del formulario nacional de medicinas
- restricciones para la adquisición de mobiliario
- eliminación de cerca de 1000 items no considerados indispensables de la proveeduría de la Caja
- congelación de compras de nuevos vehículos motorizados

A diferencia del Ministerio de Salud y de otras instituciones dependientes del presupuesto del Estado, el financiamiento relativamente autónomo de la Caja le permitió consolidar su base financiera. La recuperación del gasto se inició en 1983, aumentando considerablemente las recaudaciones, mediante un incremento de la cuota patronal, que pasó de un 6.75% a un 9.25 de los salarios (Sanguinety, Ib.).

Se ha afirmado que la CCSS tenía a finales de los ochenta la mejor situación financiera de los institutos de seguridad social con amplia cobertura en América Latina. En el periodo 1975-1985, con excepción de un año, había generado un superávit, pero el programa de enfermedad y maternidad era deficitario y subsidiado por el fondo de pensiones, que sufrió un déficit en 1981. En la segunda mitad de los ochenta, ambos programas generaron superávits (Mesa-Lago, 1991b, p. 36). Fue así como los incrementos anuales de los ingresos del seguro de enfermedad y maternidad entre 1983 y 1986 ascendieron a un 35%, 18%, 14% y 6%, respectivamente. En 1985 se generaron superávits: de 11 090 millones de colones recaudados se gastaron en servicios propios 9 206. Al año siguiente, los ingresos ascendieron a 12 840 millones y los egresos a 10 955. Pero ello se vió acompañado de transferencias crecientes al Ministerio de Salud (Sanguinety, Ib., pp. 49 y 79).

Tal situación de bonanza, por diversas razones, no parece ser indefinida, según proyecciones de diversos estudios actuariales. Desde 1987 la situación financiera se ha deteriorado; de un superávit en 1987 de 1 764 millones de colones, equivalente al 13% de los gastos de ese año, se pasó en 1990 a un déficit de 364 millones (Vallejo y Iunes, 1991, p. 8). La negativa relación ingresos/egresos del Seguro de enfermedad y maternidad de 1991 se prevé para el Seguro de invalidez, vejez y muerte en 1993 (Comisión CCSS, 1991, p. 163).

Un factor importante es, en general, la evasión de pagos a la CCSS. En el caso del seguro de enfermedad y maternidad, estimaciones para 1986 la situaban en dos mil millones de colones, equivalentes a un 16% de la recaudación efectiva; la deuda del Estado representaba una cuarta parte del monto. Medidas contra la evasión podrían elevar considerablemente los ingresos de la CCSS (Sanguinety, 1988b, p. 104).

La deuda del Estado con la CCSS es considerable. Al 31 de diciembre de 1990, sus deudas como patrono ascendían a 15.267 millones de colones, y por servicios prestados por la CCSS a indigentes a 2.769 millones, equivalentes en total casi al 28% de los gastos de ese año.<sup>11</sup> (Vallejo y Iunes, op.cit., p.9) La capacidad del Estado se puede ver aún más restringida para hacer frente a sus obligaciones debido al incremento de sus subsidios a las pensiones independientes del sector público (Mesa Lago, op.cit., p. 112).

\*\*\*\* introducir algo sobre problemas de financiamiento y  
desigualdades del sistema previsional \*\*\*\*\*

---

<sup>11</sup> De acuerdo con un artículo periodístico, la deuda del Estado ascendía a inicios de 1992 a una cifra similar: 15.200 millones (La Nación, 23.1.1992, p. 5a)

Está en el orden del día el mejorar la eficiencia en la prestación de servicios para hacer frente a problemas de financiamiento en un período de crecimiento económico precario, cuando las fuentes de ingreso tradicionales presentan rigideces para responder al crecimiento de la demanda del sector. Por ejemplo, elevar las cuotas patronales, recurso eficaz en los ochenta, no sería hoy fácil, por sus implicaciones políticas y económicas.<sup>12</sup> Se trata de tomar medidas desde ya para evitar una crisis financiera del sector.

Evaluaciones diversas han señalado aspectos que se deben atender en esta reestructuración más profunda. En términos administrativos parece existir un amplio margen para mejorar la gestión.

Se propone mejorar las prácticas administrativas utilizando la información para tomar decisiones; tener un plan de desarrollo institucional; utilizar regularmente el control y la evaluación como instrumentos de administración; elevar la capacidad gerencial de los ejecutivos (Comisión CCSS, 1991).

Para elevar la eficiencia del uso de los recursos sería fundamental contar con centros de costos de actividades específicas, sobre todo de aquellas que absorben más recursos. Hoy en día por lo menos dos sistemas producen información con estimaciones que difieren hasta en un 40% (Sanguinetti, 1988b, p. 74; Vallejo y Iunes, 1991, p. 19).

Diversas ineficiencias saltan a la vista. Es así como la comparación de costos de consultas idénticas en los tres mayores hospitales arroja costos diferenciales hasta de un 100%; los gastos de los hospitales periféricos son excesivamente altos; los costos de las transferencias interinstitucionales y personales no son transparentes; no hay parámetros claros de eficiencia ni estímulos para mejorar la calidad del servicio o para ajustar el *mix* de servicios a las necesidades; los costos administrativos de las clínicas son mucho más altos que en los hospitales (Ib., pp. 11, 12 y 26). Tampoco es óptimo el uso de la capacidad instalada de plantas y equipo: se podría extender la jornada del día en la cual se utilizan hacia las tardes (Fiedler y Rigoli, I-8).

Otro espacio urgente de reforma que involucra aspectos administrativos se refiere a hacer efectivo un sistema nacional de salud, integrado, que elabore y evalúe políticas sectoriales. Hasta ahora, la integración y coordinación de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud (MS) no ha sido eficaz. Presuntamente, el MS se debe ocupar de los asuntos de orden

---

<sup>12</sup> Según Fiedler y Rigoli, las tasas de contribución son las más altas del mundo, afirmación no documentada (1991, p. I-2)

preventivo y la Caja de los curativos; pero es necesario delimitar claramente las funciones de la CCSS y del MS. La composición de los recursos asignados, condicionan que el Ministerio formalmente deba dirigir el sistema y dictar las políticas, sin tener capacidad ejecutoria. Por su parte, la CCSS realiza las acciones más especializadas, pero tiene menos autoridad formal y ninguna para unificar el sistema (Ib., pp. 26 y 28)

Dentro de las propuestas de la Comisión que evaluó recientemente el sector, formuladas aún en una forma bastante vaga y general destacan: impulsar la desconcentración administrativa y la descentralización; cambios gerenciales; medicina preventiva mediante los Silos; abrir espacios al sector privado sin fines de lucro; consolidar servicios en los tres niveles; trasladar a la CCSS los programas de asistencia médica a cargo del Ministerio de salud y el seguro de riesgos del trabajo del INS; consolidar al MS como rector del sistema (p. 38)

### **3. Vivienda: un sector desigualmente reestructurado en aras de mayor eficiencia y de selectividad**

A inicios de la década, las soluciones de vivienda popular registraron los índices más bajos de los últimos treinta años; es así como el INVU realizó en 1982 cincuenta y dos soluciones, cifra sólo comparable con la de su primer año de funcionamiento, y 255 en 1983. A partir de 1980 todas las instituciones públicas financiadoras de viviendas sufrieron una radical contracción crediticia (Valverde, 1986).

La administración de entonces no llevó a la práctica los propósitos, no consensuales dentro del propio gobierno, de impulsar soluciones habitacionales para los sectores de bajos ingresos e incluso a raíz de la crisis fiscal utilizó cuantiosos recursos, destinados originalmente al sector, para otros fines (Ib.)

En el país se generó un creciente déficit de viviendas; los sectores de pocos recursos se veían imposibilitados de acceder a ellas. Ello no sorprende, debido a los exiguos fondos tradicionalmente destinados al sector y a su regresividad. En 1982, el subsidio total del sector representaba únicamente un 1.05% del PIB. Créditos de carácter regresivo, concentrados en las zonas urbanas y que excluían totalmente a un 10% de las familias pobres, representaban un 96.2% del subsidio; un escaso 3.8% del total eran los subsidios directos muy progresivos (Rodríguez, 1986, pp. 76-78).

De acuerdo con estimaciones oficiales, un 21% del total de familias no tenía capacidad de pago; un 40% tenían capacidad de

pago para soluciones mínimas especiales, y un 22% para soluciones populares o económicas. En síntesis, era necesario un esfuerzo de financiamiento para el 61% de la población. (Ministerio de vivienda, 1988b)

Desde finales de los años setenta se advierte una gran movilización en frentes de lucha por vivienda; su clímax, al inicio del gobierno de Oscar Arias, desató importantes reformas que posibilitaron un acuerdo. Estas no apuntaron únicamente a elevar los fondos destinados a vivienda velando por su progresividad en el marco de las intervenciones tradicionales, sino a reestructurar el sector, originando nuevas instituciones y la intervención del Poder Ejecutivo en el INVU, tradicional encargado de la vivienda popular.<sup>13</sup> La reforma administrativa, en este caso, pretende superar inercias burocráticas para modificar radicalmente las orientaciones sectoriales y elevar, mediante nuevos mecanismos, la capacidad redistributiva.

El Estado se retrajo entonces de la actividad de construcción, orientación prefigurada desde fines de los setenta, para centrarse en el financiamiento. A finales de 1986 se fundó el Sistema financiero nacional de la vivienda, regido por el Banco Hipotecario de la Vivienda (BAHNVI). Asimismo, se crearon dos fondos especiales: el Fondo nacional para vivienda (FONAVI), para generar recursos permanentes y al menor costo posible, y el Fondo de subsidios para la vivienda (FOSUVI), destinado a las familias de escasos ingresos. El FOSUVI quedó a cargo del bono familiar de vivienda, crédito individual a largo plazo destinado a ampliar la capacidad de pago.

El financiamiento establecido por ley para el FOSUVI implicó una fuerte reasignación de recursos públicos: un 33% de los recursos anuales del Fondo de desarrollo social y asignaciones familiares; un 3% del Presupuesto nacional de la República y de los presupuestos extraordinarios y donaciones.<sup>14</sup>

No fue viable consolidar jurídicamente el Ministerio de vivienda y asentamientos humanos, establecido desde 1979 a cargo de un Ministro sin cartera en la Ley general de Administración pública. Tampoco fueron exitosos los intentos por reestructurar instituciones como el INVU y el IMAS. De allí que el giro de la

---

<sup>13</sup> Ello representa una ruptura con diferentes propuestas de reestructuración bajo la administración Monge que, más allá de su diversidad, seguían enfatizando al IMAS y al INVU como las principales instituciones del sector (Argüello, 1992, p. 51)

<sup>14</sup> Es necesario, sin embargo, subrayar que se presentaron dificultades para que el Estado cumpliera con una transferencia fluida de sus obligaciones y para tener acceso a los fondos de la CCSS asignados.

política se apuntaló en las nuevas instituciones financieras y en la Comisión especial para la vivienda (CEV), sucesora de la Comisión especial para la erradicación de tugurios, y a la cual se trasladaron los proyectos para sectores de bajos ingresos.

Esta solución jurídica utilizada para agilizar y modificar las políticas del sector fue eficaz durante el período: la Comisión, creada por decreto de emergencia, podía salir al paso de una serie de controles legales, y establecer con independencia contratos, adquirir tierras y desarrollar proyectos de vivienda. Sin embargo, en sí misma la figura expresa también la fragilidad de la reestructuración, característica que pone el devenir del sector ante el embate de cambios en las relaciones de poder.<sup>15</sup>

El directorio de la CEV se componía del Ministro de la vivienda y de los Presidentes Ejecutivos del INVU y del IMAS. En la práctica durante la administración Arias fue una oficina ejecutiva con jerarquía propia, bajo el control directo del Ministro. El Ministerio se redujo a la oficina del Ministro, una vez que su departamento financiero se transfirió al BANHNVI y su departamento de información a la Comisión especial de emergencia (Argüello, op.cit, p. 61).

La CEV se nutrió originalmente de fondos de la Comisión de emergencia, del gobierno central y de ganancias de RECOPE, que juntos ascendieron a cerca de mil millones de colones; a fines de 1987 inició paralelamente varios proyectos. Cuando los fondos se agotaron y se recurrió a los recursos normales del BANHNVI en 1989, éste asumió el control de sus finanzas. Como resultado, en aras de consolidar la permanencia del sistema financiero, algunos proyectos fueron detenidos hasta tanto se formalizaran hipotecas pendientes y se impuso que los beneficiarios llenaran las condiciones exigidas por los contratos de hipoteca. Ese año se dedicó a la "formalización" de situaciones, declinando la actividad de construcción impulsada desde la CEV (Ib., pp. 61 y 62).

De 1986 a 1990, la participación pública mediante financiamiento en las inversiones en vivienda se estima en dos tercios. Un 40% de las soluciones se financiaron con el Bono familiar de la vivienda (Comisión evaluadora vivienda, 1991, pp. 246 y 253).

De acuerdo con cifras del BANHNVI, del 1 de agosto al 25 de mayo de 1990, el FOSUVI mediante bonos familiares y créditos otorgó 27.875 soluciones de vivienda. El esfuerzo redistributivo es notable. Se estipuló como tope máximo para calificar como beneficiario, el equivalente a cuatro veces el salario mínimo de

---

<sup>15</sup> Ver diversos datos sobre la CEV en Comisión evaluadora vivienda, 1991, pp. 140-161.

un obrero de la construcción no especializado. Un 38% de los bonos y un 4.25% de los créditos se dió a hogares con un ingreso igual o menor ese salario. Algo más de un 31% de los subsidios y un 28% de los créditos a familias cuyo ingreso era mayor a un salario mínimo pero menor a dos. 29% de los bonos y 62% de los créditos se dió a familias con ingresos entre dos y cuatro veces ese salario (Cuadro No. 7).

Otros indicadores de la misma fuente muestran también el acceso de las familias pobres a tales soluciones: un 14% de los jefes de familia recipientes de bonos no tenían educación formal, un 48% solo habían cursado la primaria; un 7.2% educación universitaria. En el caso de los créditos, un 42 % habían cursado la primaria, un 42.3% la secundaria y un 15.5% la universitaria.

En cuanto al número de soluciones de vivienda construidas en el período de reestructuración del sector -administración Arias- de acuerdo con cifras oficiales,<sup>16</sup> este oscila en torno a las 80.000 (Cuadro No. 6).

Diversas vulnerabilidades del sector en la administración Calderón hacen ostensibles los límites de las reformas emprendidas en los ochenta, y los problemas pendientes. Continúa sobre el tapete la discusión respecto de consolidar el Ministerio del sector y de regular las tareas de la CEV. El peso de instituciones inoperantes sigue vigente; es el caso del paralizado INVU.<sup>17</sup> En tal contexto podría ser arriesgada la propuesta del actual Ministro de la vivienda en el sentido de que la CEV y el INVU lleguen a conformar una sola unidad, para que el dinamismo de la CEV le permita mejorar al INVU su actuación (Ib., p. 75).

El nuevo sistema financiero se ha manifestado como frágil. Desde la campaña electoral, el partido Unidad prometió regalar los bonos de vivienda; en la práctica, la nueva administración encontró numerosas limitaciones financieras inmediatas para otorgarlo en el

---

<sup>16</sup> Según la administración Calderón es posible que se hayan abultado las cifras sobre el número de viviendas construidas (Comisión evaluación vivienda, 1991, pp. 77 y 78). Pero no hemos encontrado una demostración de ello. Argüello también afirma que el gobierno entregó cifras falsas, pero tampoco aporta una prueba clara de ello, ni sobre el número de viviendas que al final de ese período no habrían quedado concluidas (Argüello, 1992, pp. 62-64)

<sup>17</sup> En 1991 se formalizaron solo 145 viviendas pero la institución cuenta con 745 funcionarios y empleados. Sus deudas con el BANHVI, que ascendían en 1991 a 900 millones de colones, le impiden el acceso a sus recursos. Enfrenta serios problemas de calificación de recursos humanos e inercias burocráticas. (Comisión evaluadora vivienda, 1991, pp. 72, 87-137, 416 y 421)



número inicialmente previsto <sup>18</sup> y, además, estableció otras prioridades, destinando un monto importante de los fondos de Asignaciones Familiares para otros fines: en la segunda mitad de 1990 y 1991 se destinó a financiar un 55% de los subsidios compensatorios frente a las políticas de ajuste reunidos en el llamado "Plan de promoción social," por 2 340 millones de colones (Administración C.F., 1990).

Desde mediados de 1991, hay una efectiva paralización de las instituciones de vivienda (Ib. p. 250). Existe un relativo consenso sobre la necesidad de apuntalar el actual sistema financiero para la vivienda con sistemas de ahorro. Las propuestas más originales se divisan en torno a establecer métodos ágiles y eficientes de captación del ahorro privado para financiar vivienda, creando métodos administrativos adecuados y otorgando incentivos, como tasas de interés atractivas (Ib., p. 395).

#### 4. Experiencias de privatización de servicios: las cooperativas de salud

Desde los ochenta han estado presentes en la discusión diversas ideas sobre privatización de programas sociales, fundamentalmente en el sector salud. En un principio, desde el frente médico, se propició la libre elección médica-hospitalaria, propuesta que fracasó (Güendell, 1988). Los programas de salud privatizados mediante el traspaso de servicios a dos cooperativas (Clínica de Pavas -COOPESALUD R.L.- y Clínica de Tibás -COOPESAIN R.L.) son los más significativos. <sup>19</sup>

Algunos de sus impulsores han sistematizado su perspectiva sobre las cooperativas de salud (Marín y Vargas, 1991, pp. 11-15 y 39). Interesante resulta el planteamiento de que el cooperativismo en salud debe estar inmerso dentro de los principios de la seguridad social, destacando la equidad en términos de la universalidad de los programas, que garantiza una cobertura total e igualitaria de la población, y la solidaridad de todos los componentes de la sociedad en su financiamiento, administrado principalmente por el Estado. La repercusión en los precios del traspaso de servicios se contempla como un criterio importante: si ellos se elevaran al traspasarlos al sector privado la privatización no debe realizarse.

---

<sup>18</sup> Otro efecto negativo del "regalo" del bono es que se echa por la borda la posibilidad de crear un verdadero fondo de financiamiento, a diferencia de la propuesta que alimentó la creación del FOSUVI

<sup>19</sup> Ver una apretada síntesis de otros ensayos de programas mixtos en Fiedler y Rigoli, 1991, pp. I-9 a I-12

Argumentan los autores, "no se considera la empresa particular inherentemente ineficiente, tampoco la empresa privada es eficiente por naturaleza. Sin embargo, al interior de esta última se puede lograr más fácilmente la eficiencia y la entrega de bienes y servicios de buena calidad." (Ib., p. 14) El Estado debe definir claramente el concepto de necesidad pública, estimular la iniciativa particular mediante amplios programas de privatización y controlar y regular la eficiencia y calidad de los servicios brindados por entidades no gubernamentales. Como se ve, se expresa una preferencia por la prestación privada de servicios, pero inserta en un sistema nacional de salud universal y solidario.

En el caso de COOPESALUD, esta cooperativa, según convenio con el Ministerio de salud y la CCSS, se hizo cargo de la atención ambulatoria de la población de ese distrito de San José. Por la administración de la clínica, la CCSS paga un monto anual de aproximadamente 30 dólares por cada asegurado residente en esa área de salud, suma negociada anualmente y cancelada en cuotas mensuales. El MS fijó un aporte, que ha cancelado parcialmente, de 15300 dólares mensuales.<sup>20</sup> Por tanto, a la Cooperativa se le paga por cuidar de la salud de la población y no por acto médico, lo cual según sus socios permite equilibrar el interés económico de la empresa y el fin social del servicio público que presta; si la atención de salud no es adecuada, la cooperativa compromete sus recursos futuros al tener que enfrentar una mayor demanda por morbilidad (Ib., p. 48).

La CCSS aportó para iniciar el proyecto una clínica nueva, con 750 m<sup>2</sup> de construcción y 9000 m<sup>2</sup> de áreas verdes y estacionamientos, equipada en un 80% aproximadamente con un valor cercano al millón y medio de dólares. La cooperativa pagó, por una sola vez, un alquiler simbólico de \$20. El mantenimiento de la planta física es responsabilidad de la cooperativa; la del equipo y mobiliario de la CCSS, teóricamente compartida, ha sido asumida en la práctica por la cooperativa. La empresa puede adquirir al "precio de costo", más un 15% de gastos administrativos, los medicamentos y demás productos que distribuyen la Caja y el MS (Ib., p. 49). El aporte de la CCSS corresponde a la estimación del gasto promedio anual por beneficiario del seguro de enfermedad y maternidad.

La atención preventiva, que incluye visitas periódicas a domicilio, ocupa un lugar importante dentro de la estrategia de la cooperativa. Por cada 3000 o 3500 personas se asigna un equipo básico de atención integral constituido por un médico, un auxiliar, un asistente de salud comunitaria para desarrollar las actividades de atención primaria: vacunas casa por casa; detección de

---

<sup>20</sup> En marzo de 1992, se recibía 308 colones por asegurado de la CCSS. En cuanto al aporte del Ministerio, este adeuda lo correspondiente a los años 1989, 1991 y 1992. Entrevista al Dr. Fernando Marín, gerente de COOPESALUD, marzo 1992

hipertensos, de embarazadas; formación de grupos sobre embarazo adolescente y de programas para discapacitados.<sup>21</sup> Encuestas han mostrado una alta satisfacción de los usuarios con los servicios.

La rotación de personal es baja. Dentro de los incentivos para el personal se nombran: mejores remuneraciones sobre todo en los primeros años de servicio, una estructura administrativa "personalizada" y mayor participación en la administración de la clínica. Comparada con las clínicas tipo 4 de la CCSS, COOPESALUD tiene más auxiliares y menor personal administrativo (Fiedler y Rigoli, 1991, p. II-6-7-8) La productividad de consultas médicas, menor al inicio que en otras clínicas, en 1990 sobrepasó el promedio de las clínicas 4 en un 9%. (Ib., III-2)

Una adecuada comparación de costos de la cooperativa con otras clínicas no se puede realizar con la información disponible. La cooperativa en sus reportes incluye dentro de los costos de depreciación sólo los relacionados con el equipo que ella misma adquirió y que representa aproximadamente el 30% del equipo total de la clínica; no considera la depreciación de la infraestructura ni del equipo provisto por la Caja o el MS. Ello redundaría en una subestimación sistemática de sus costos reales. De acuerdo con sus actuales reportes, las consultas resultan un 30% menores que en otras clínicas; no se sabe como variaría eso al eliminarse la subestimación (Ib., p. III-8)

Dentro de las propuestas de mejora del modelo, se encuentra el modificar los acuerdos de financiamiento, de manera que las cooperativas se constituyan en vehículos para reducir el gasto mediante el uso eficiente de los recursos y no simplemente mantengan los costos actuales, tal como se estima el aporte público actualmente.

\*\*\*\* tengo que ver si se puede hacer público el documento de Weinstock et. al. y en tal caso criticar la perspectiva de impulsar una privatización de la salud muy subvencionada por el Estado allí presente\*\*\*\*\*

---

<sup>21</sup> Entrevista a Fernando Marín, marzo 1992

## **ANEXO**

Cuadro 1

COSTA RICA: GASTO PUBLICO REAL EN LOS SECTORES SOCIALES, 1975-1989 1/

(Millones de colones, 1966 = 100)

SECTOR	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986 <sup>2/</sup>	1987	1988	1989
Total sectores sociales	1182.20	1197.80	1246.00	1416.20	1617.30	1635.90	1321.50	1156.20	1189.50	1256.40	1237.70	n.d.	1708.90	1620.30	1754.50
Educación	350.30	389.40	415.00	441.60	465.00	486.60	461.70	399.30	391.60	396.50	387.20	n.d.	390.00	374.10	375.50
Salud	556.00	533.00	561.00	668.50	792.00	790.60	607.80	508.60	534.30	538.10	514.40	n.d.	485.00	498.40	549.90
Asistencia Social	228.45	216.30	207.27	245.27	287.78	250.94	197.50	205.83	191.88	245.08	268.40	n.d.	622.30	557.90	548.10
Vivienda	47.45	59.10	62.75	60.92	72.54	107.84	54.54	42.50	71.80	76.78	67.78	n.d.	211.60	189.90	258.20

Fuente: Elaborado por SISD-MIDEPLAN, con base en datos de: Ministerio de Hacienda, Presupuesto Nacional, Sección de Estadísticas Fiscales; Banco Central de Costa Rica; Cuentas Nacionales.

1/ Las cifras de 1975 a 1985 resultan de la metodología utilizada por el SISD con base en información de la Contraloría General de la República, mientras que las del período 1987 a 1989 fueron obtenidas por la Clasificación Funcional del Gasto Público utilizada por la Dirección de Presupuesto Nacional del Ministerio de Hacienda.

2/ Año no considerado en ninguna de las dos metodologías.

23

Cuadro 2

COSTA RICA: GASTO PUBLICO EN LOS SECTORES SOCIALES RESPECTO AL PIB, 1975-1989

(Porcentajes)

SECTOR	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Total sectores sociales	18.7	18.4	17.7	20.3	23.2	23.3	17.2	14.3	15.8	16.5	16.3	n.d.	20.1	19.2	21.5
Educación	5.5	6.0	5.9	6.3	6.7	6.9	6.0	4.9	5.2	5.2	5.1	n.d.	4.7	4.4	4.6
Salud	8.8	8.2	8.0	9.6	11.4	11.3	7.9	6.3	7.1	7.1	6.8	n.d.	5.5	5.9	6.8
Asistencia Social 1/	3.6	3.3	2.9	3.5	4.1	3.6	2.6	2.6	2.5	3.2	3.5	n.d.	7.4	6.6	6.8
Vivienda	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.5	0.7	0.5	1.0	1.0	0.9	n.d.	2.5	2.3	3.2

Fuente: Elaborado por SISD-MIDEPLAN, con base en datos de: Ministerio de Hacienda, Presupuesto Nacional, Sección de Estadísticas Fiscales; Banco Central de Costa Rica; Cuentas Nacionales.

1/ El cambio en el peso absoluto y relativo en el gasto en asistencia social entre 1987 y 1989, obedece -en parte- a las diferentes metodologías utilizadas según se indica en nota 1 cuadro 1. Las series 1975-85 y 1987-89 no son estrictamente comparables.

## Cuadro 3

**COSTA RICA: GASTO PUBLICO EN LOS SECTORES SOCIALES RESPECTO AL GASTO DEL SPNFL/ 1975-1989 2/**  
(Porcentajes)

SECTOR	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Total sectores sociales	52.3	49.9	45.0	49.5	53.9	51.7	44.6	40.0	38.0	40.6	41.2	n.d.	61.3	59.7	56.7
Educación	15.5	16.2	15.0	15.4	15.5	15.4	15.6	13.8	12.5	12.8	12.9	n.d.	14.0	13.8	12.7
Salud	24.6	22.2	20.2	23.4	26.4	25.0	20.5	17.6	17.1	17.4	17.1	n.d.	17.4	18.4	18.7
Asistencia Social	10.1	9.0	7.5	8.6	9.6	7.9	6.7	7.1	6.1	7.9	8.9	n.d.	22.3	20.5	17.2
Vivienda	2.1	2.5	2.3	2.1	2.4	3.4	1.8	1.5	2.3	2.5	2.3	n.d.	7.6	7.0	7.4

Fuente: Elaborado por SISD-MIDEPLAN, con base en datos de: Ministerio de Hacienda, Presupuesto Nacional, Sección de Estadísticas Fiscales; Banco Central de Costa Rica; Cuentas Nacionales.

1/ El Sector Público no Financiero comprende el Gobierno Central, Instituciones adscritas, Instituciones Públicas de Servicios, Gobiernos Locales y Empresas Públicas. Sin embargo, las dos metodologías, tienen particularidades propias para obtener la agregación del gasto.

2/ Ver nota 1 Cuadro 1.

24

## Cuadro 4

**COSTA RICA: GASTO PUBLICO REAL PER CAPITA EN LOS SECTORES SOCIALES  
RESPECTO A LA POBLACION RELACIONADA 1975-1989**  
(colones de 1966)

SECTOR	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Educación 1/	357.20	388.50	406.10	424.40	439.10	451.30	363.60	350.10	348.10	334.00	328.40	n.d.	320.50	302.90	265.00
Salud 2/	281.70	264.10	270.90	314.50	361.30	352.10	263.40	214.40	219.40	219.10	200.20	n.d.	173.80	173.90	167.40
Asistencia Social 2/	116.10	107.20	100.10	115.10	131.10	111.40	85.60	86.80	86.90	116.00	104.50	n.d.	223.00	194.70	166.80
Vivienda 3/	-	153.90	155.60	144.10	170.20	234.40	114.80	86.60	140.00	145.60	124.70	n.d.	372.20	323.40	395.80

Fuente: Elaborado por SISD-MIDEPLAN, con base en datos de: Ministerio de Hacienda, Presupuesto Nacional, Sección de Estadísticas Fiscales; Banco Central de Costa Rica; Cuentas Nacionales. MIDEPLAN, CELADE, DGEC. Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025.

1/ Uso de la población de 5 años hasta los 24 años.

2/ Uso de la población total.

3/ Uso del número de jefes de hogar. Para 1975 no se cuenta con ese dato.

Cuadro 5

## COSTA RICA: ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO EN LOS SECTORES SOCIALES 1975-1989 1/

SECTOR	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Total sectores sociales	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	n.d.	100.0	100.0	100.0
Educación	29.6	32.5	33.3	31.2	28.8	29.7	34.9	34.5	32.9	31.6	31.3	n.d.	22.8	23.1	23.0
Salud	47.0	44.5	45.0	47.2	49.0	48.3	46.0	44.0	44.9	42.8	41.6	n.d.	28.4	30.8	29.6
Asistencia Social 2/	19.3	18.1	16.6	17.3	17.8	15.3	14.9	17.8	16.1	19.5	21.7	n.d.	36.4	34.4	35.4
Vivienda	4.0	4.9	5.0	4.3	4.5	6.6	4.1	3.7	6.0	6.1	5.5	n.d.	12.4	11.7	12.1

Fuente: Elaborado por SISO-MIDEPLAN, con base en datos de: Ministerio de Hacienda, Presupuesto Nacional, Sección de Estadísticas Fiscales; Banco Central de Costa Rica; Cuentas Nacionales.

1/ Ver nota 1 Cuadro 1.

2/ Ver nota 1 Cuadro 2.

## Cuadro 6

COSTA RICA: VIVIENDAS CONSTRUIDAS DURANTE  
EL PERIODO 1982-1990 DESGLOSADAS POR AÑO

---

AÑOS	NUMERO DE VIVIENDAS
1982	8803
1983	11892
1984	16311
1985	15909
1986	16110
1987	18526
1988	21748
1989	22128
1990	20604

---

Fuentes: Ministerio de Vivienda y  
Asentamientos Humanos  
(período 1982-1985).

Sección de Información Gerencial.  
Sistemas de Información del Sector  
Vivienda y Asentamientos Humanos  
(SISVAH).



Cuadro 7

BANHVI: Monto de bono familiar, crédito base y solución por estrato de ingreso familiar ponderado<sup>a/</sup>.

ESTRATO DE IFP <sup>b/</sup>	MONTO BONO FAMILIAR			MONTO CREDITO BASE			MONTO SOLUCION			CANTIDAD DE CASOS	PORCENTAJE DEL TOTAL
	ACUMULADO	PROMEDIO	PORCENTAJE	ACUMULADO	PROMEDIO	PORCENTAJE	ACUMULADO	PROMEDIO	PORCENTAJE		
TOTAL 1987-90	5 086 431 745	182 475	100.00	5 549 327 380	199 079	100.00	10 636 000 000	381 552	100.00	27 875	100.00
IFP <= 1 SM	1 935 068 860	211 575	38.04	235 642 347	25 765	4.25	2 170 711 207	237 340	20.41	9 146	32.81
1 SM < IFP < 2 SM	1 607 651 159	177 563	31.61	1 557 548 305	172 029	28.07	3 165 199 464	349 591	29.76	9 054	32.48
2 SM <= IFP < 3 SM	8 479 519 78	159 270	16.67	1 594 258 113	299 447	26.73	2 442 210 092	458 717	22.96	5 324	19.10
3 SM <= IFP < 4 SM	623 927 824	160 269	12.27	1 882 388 472	483 532	33.92	2 506 316 296	643 801	23.56	3 893	13.97
IFP >= 4 SM	71 670 229	156 828	1.41	2 79 274 544	611 104	5.03	350 944 772	767 932	3.30	457	1.64
IGNORADO	161 696	161 696	0.003	215 600	215 600	0.004	377 295	377 295	0.004	1	0.004

FUENTE: BANHVI, 1991

<sup>a/</sup> Incluye casos formalizados del 1 de Agosto de 1987 al 25 de Mayo de 1990.<sup>b/</sup> IFP= Ingreso Familiar Ponderado.<sup>c/</sup> SM= Salario Mfimo establecido por ley para un obrero de la construcción no especializado.

## BIBLIOGRAFIA

Administración Calderón Fournier, 1990, Programa de promoción social 1990-1994, San José, julio, mimeo

Adrián Araya, 1991a, "La red de teleproceso de la Fundación Omar Dengo", Memoria V Congreso Internacional Logo y Encuentro Internacional sobre telemática educativa, San José, noviembre

-----, 1991b, "Sociedad, informática y desarrollo", Memoria V Congreso Internacional Logo y Encuentro Internacional sobre telemática educativa, San José, noviembre

Manuel Argüello, 1992, "Housing Policy, Democracy and Revolution: Costa Rica and Nicaragua during the 1980's", Tesis de doctorado, The University of London, mimeo

Eleonora Badilla, 1991, "La preparación de docentes: reto permanente del programa de informática educativa de Costa Rica", Innova No. 27, San José, noviembre

José Luis Bobadilla et.al., 1991, "The Epidemiologic Transition and Health Priorities", The World Bank/Health Sector Priorities Review, mimeo, julio

CEPAL/ UNESCO, 1992, Educación y conocimiento: eje de la transformación productiva con equidad, LC/G.1702 (SES.24/4)/Rev.1, Santiago de Chile, marzo

Comisión evaluadora institucional CCSS, 1991, "Informe evaluativo de la gestión administrativa y programática de la Caja Costarricense de Seguro Social 1980-1990", mimeo, San José, junio

Comisión evaluadora del sector salud en Costa Rica, s.f., "Informe de la Comisión evaluadora del sector salud en Costa Rica," mimeo, San José

Comisión evaluadora del sector de vivienda y asentamientos humanos, 1991, "Informe de evaluación del sector de vivienda y asentamientos humanos", mimeo, San José, octubre

Dirección General de Presupuesto, 1989, Clasificación funcional del gasto 1983-1988, San José, January (mimeo)

John Fiedler y Félix Rigoli, 1991, "The Costa Rican Social Security Fund's Alternative Models: A Case Study of the Cooperative-Based, Coopesalud Pavas Clinic", International Science and Technology Institute, Submitted to Betsy Murray, USAID/Costa Rica and the LAC Health and Nutrition Sustainability Project, mimeo, setiembre

Clotilde Fonseca, 1989, "La incorporación de la informática al

sistema educativo y la experiencia de Costa Rica", Praxis No. 25-36, Heredia, julio- diciembre

-----, 1991a, "Informática, poder y democracia", La Nación, 21 de junio, p. 15.

-----, 1991b, "Logo en Costa Rica: una visión de su potencial educativo y social", Innova No. 27, San José, noviembre

Fundación Omar Dengo (FOD), s.f., "Programa de informática educativa", mimeo

Ludwig Güendell, 1988, "Crisis y estabilización financiera en el Seguro Social de Costa Rica" San José (mimeo).

Fernando Marín y Mauricio Vargas, 1991, "SILOS y empresas cooperativas de salud. El caso de Costa Rica", mimeo, San José, febrero

Rafael Menjivar y Juan Diego Trejos, 1990, La pobreza en América Central, Flacso, San José

Carmelo Mesa Lago, 1991a, "Portfolio Performance of Selected Social Security Institutes in Latin America", World Bank Discussion Papers 139, Washington D.C.

-----, 1991b, "Social Security and Prospects for Equity in Latin America", World Bank Discussion Papers 140, Washington D.C.

MIDEPLAN, 1987, El gasto público en los sectores sociales, Aspectos metodológicos, San José, July.

MIDEPLAN y FNUAP, 1991, El gasto público en los sectores sociales 1975-1991, San José, noviembre

MIDEPLAN y Ministerio de Salud, 1991, "Situación actual del programa CEN-CENAI", San José, setiembre

Ministerio de vivienda y asentamientos humanos, 1988, "Memoria mayo 1987-mayo 1988", San José.

\_\_\_\_\_, 1988a, "Datos de actualización de la Memoria mayo 1987-mayo 1988", noviembre

\_\_\_\_\_, 1988b, "Relaciones entre demanda, construcción de vivienda, subsistemas de apoyo", documento preparado por José Montealegre Orozco

Nancy Moritz, 1990, "Estudio comparativo de los principales programas y proyectos dirigidos a solucionar la necesidad de vivienda de las familias de escasos recursos", documento preliminar

MIDEPLAN/Proyecto RLA/86/004, mimeo, San José, mayo

Programa de nutrición y atención integral, s.f., "Bono alimentario nutricional", San José, mimeo

Francisco Quesada, s.f., "Algunas preguntas y respuestas sobre LOGO. Reflexiones sobre la escogencia de LOGO en el programa de informática educativa MEP-FOD", mimeo

Adrián Rodríguez, 1986a, Estudio del efecto redistributivo del subsidio generado en los programas públicos de financiamiento y dotación de vivienda en 1982, Documentos de trabajo IICE No. 98, San José, diciembre

-----, 1986b, El gasto público en programas de seguridad social: estudio de su efecto redistributivo en 1982, Documentos de trabajo IICE No. 102, San José, diciembre

Luis Rosero-Bixby, 1991, "Adult Mortality Decline in Costa Rica", Ponencia al seminario "Causes and Prevention of Adult Mortality in Developing Countries" IUSSP/CELADE/PAHO, Santiago, octubre

Jorge Sanguinety, 1988a, "La salud y el Seguro Social en Costa Rica". Borrador de Informe final del proyecto de asistencia técnica MIDEPLAN/Banco Mundial, préstamo 2519, componente No. 3, San José, junio

-----, 1988b, "La educación general en Costa Rica: la crisis y sus posibles soluciones", Informe final del proyecto de asistencia técnica MIDEPLAN/Banco Mundial, préstamo 2519, componente No. 4, San José, marzo

Jorge Sanguinety et.al., 1988, "Los servicios públicos de salud en Costa Rica: integración o coordinación?", Borrador de Informe de Development Tehcnologies , INC. y Pragma Corporation, San José, abril

Pablo Sauma 1986a, Los programas estatales de alimentación y nutrición: análisis de su impacto redistributivo en 1982, Documentos de trabajo IICE-UCR No. 96, San José, Noviembre.

----- 1986b, Efectos redistributivos del gasto público en educación en 1982, Documentos de trabajo IICE-UCR No. 101, San José, diciembre.

-----, 1991, "Impacto redistributivo del gasto público en programas sociales", Documentos de trabajo IICE No. 152, mayo

Ana Sojo, 1989a, "La actual dinámica costarricense y las opciones de desarrollo social en el ocaso del siglo XX", Síntesis No. 8, Madrid, mayo-agosto

-----, 1989b, "Las políticas sociales en Costa Rica", Revista

de la CEPAL No. 38, Santiago, agosto

-----, 1991, "La política social en América Latina y el Caribe: sus inflexiones en el umbral del siglo XXI", ponencia al Taller sobre Reformas de política para aumentar la efectividad del Estado en América Latina, CEPAL, Santiago, mayo 1991 (mimeo)

Juan Diego Trejos y María Laura Elizalde, 1985, Costa Rica: la distribución del ingreso y el acceso a los programas de carácter social, Documentos de trabajo IICE No. 90, noviembre.

-----, 1986, Ingreso, desigualdad y empleo. Evidencias recientes sobre las características y evolución del perfil distributivo, Ciencias económicas, Vol. VI, No. 2, San José.

Juan Diego Trejos et.al., 1988, Evolución de la crisis económica en Costa Rica y su impacto sobre el nivel de pobreza, IICE-MIDEPLAN, mayo, mimeo.

Valverde, José Manuel (1986): "Elementos para la comprensión de la política estatal de vivienda en Costa Rica: el caso de la administración Carazo Odio", Tesis de maestría en sociología, Universidad de Costa Rica.

César Vallejo y Roberto Iunes, 1991, "El sector salud en Costa Rica. Financiación y eficiencia", trabajo de consultoría para el Banco Mundial, mimeo, San José, noviembre

Herman Weinstock, Alvaro Salas, Mauricio Vargas, Fernando Marín, 1991, "La salud como parte de un nuevo esquema de desarrollo nacional. Retos y alternativas." Segundo borrador de documento de trabajo No. 3, San José, diciembre

World Bank, 1987, "Costa Rica. Country Economic Memorandum", World Bank Report No. 7481-CR, Documento para uso oficial, Washington D.C., diciembre

-----, 1991, "Staff Appraisal Report. Costa Rica. Basic Education Rehabilitation Project", Report No. 9893-CR, Documento para uso oficial, Washington





