

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

Ana Sojo

Proyecto Regional de Reformas de Política Pública
CEPAL / Gobierno de los Países Bajos



NACIONES UNIDAS
COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE
Santiago de Chile, 1993

LC/L.784
Noviembre de 1993

Este trabajo fue preparado por la señora Ana Sojo, como resultado de una colaboración del CELADE con el Proyecto Regional sobre Reformas de Política para Aumentar la Efectividad del Estado en América Latina y el Caribe (HOL/90/S45).

Las opiniones expresadas en este trabajo, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

INDICE

Pág.

PREFACIO	5
I. INTRODUCCION	7
II. EL AJUSTE FISCAL Y EL GASTO SOCIAL	9
A. Caída y recuperación relativa del gasto social	9
1. Tendencias de acuerdo con estimaciones de MIDEPLAN (1975-1989)	9
2. Tendencias de acuerdo con estimaciones de la Secretaría técnica de la COREC II (1983-1991)	10
B. Vigencia redistributiva de los programas sociales	10
III. ALGUNOS INDICADORES DE PROBLEMAS DE CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS	13
A. Educación	13
B. Salud	14
IV. REFORMAS RECIENTES DE LA POLITICA SOCIAL	17
A. La inversión en capital humano y sus innovaciones	17
B. La reforma administrativa en salud	19
C. Vivienda: un sector desigualmente reestructurado en aras de mayor eficiencia y de selectividad	22
D. Experiencias de privatización de servicios: las cooperativas de salud	26
Notas	28
BIBLIOGRAFIA	31
CUADROS ESTADISTICOS	37

PREFACIO

El Proyecto Regional sobre Reformas de Política para Aumentar la Efectividad del Estado en América Latina y el Caribe (HOL/90/S45), que ejecuta la CEPAL con la cooperación del Gobierno de los Países Bajos, tiene por objetivo identificar reformas que habiliten a los Estados de la región poner en práctica políticas eficaces para perseguir metas conjuntas de estabilidad macroeconómica, transformación productiva orientada al crecimiento sostenido, y equidad social.

Con ese objeto, el Proyecto se ha propuesto analizar procesos efectivos de reforma de las políticas públicas, en una visión articulada de la reforma del aparato del Estado y de sus relaciones con los grupos de interés y los actores sociales, en el contexto de los desafíos que enfrentan los países de la región en la presente fase de su desarrollo y de las modalidades de funcionamiento que van adquiriendo sus economías.

Para ello, se llevan a cabo análisis de procesos de reforma en diferentes áreas de política pública en un conjunto de países de la región en los que se han emprendido tales procesos. Las áreas seleccionadas corresponden a: reformas tributarias, privatización de empresas públicas, reformas del régimen comercial, reformas laborales y reformas en áreas de política social. Los países seleccionados son: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile y México.

A su vez, se realizan análisis comparativos —entre países— de las reformas realizadas en cada área instrumental seleccionada, con el objeto de extraer lecciones referidas a cada área, derivadas de diferentes contextos nacionales.

Finalmente, se pretende integrar los análisis de procesos de reforma en cada país en una visión multidimensional del proceso de reforma del Estado que está teniendo lugar en cada uno de ellos, derivando conclusiones sobre los condicionantes y posibilidades de las estrategias de reforma del Estado en América Latina y el Caribe.

I. INTRODUCCION

La crisis económica de la década de los ochenta acarrió transformaciones graduales de la política social en Costa Rica. Luego, no se revertieron las tendencias fundamentales vigentes hasta entonces, a saber, su orientación eminentemente universalista con algunos programas selectivos,¹ 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 fueron los instrumentos primordiales utilizados a tal fin.

Cruciales elementos contextuales también contribuyeron a que la crisis económica no se tradujera en una crisis del Estado de bienestar (Sojo, 1989a). Destacan, entre otros: la ausencia de constricciones impuestas por el gasto militar, debido a la inexistencia de un ejército; el arraigado consenso en torno a la función del gasto social; los éxitos en materia de estabilización económica logrados a partir de 1982; el cuantioso flujo de recursos estadounidenses asociados con una lógica geopolítica; un hábil manejo de las obligaciones relacionadas con la deuda externa, particularmente desde 1986; políticas salariales moderadas en el sector público con alto grado de aceptación hasta 1990.

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, ha 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.

Se indagará en algunas alteraciones de la política de diversos sectores sociales² que han tenido lugar desde la pasada década y cuya envergadura permite denominarlas reformas. 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.

II. EL AJUSTE FISCAL Y EL GASTO SOCIAL

A. Caída y recuperación relativa del gasto social

El contexto fiscal de los ochenta estuvo marcado por el alto servicio de la deuda, una exitosa estabilización heterodoxa, la dependencia del financiamiento externo de organismos internacionales con sendas propuestas para sanear las finanzas públicas, la precariedad del crecimiento económico, el ajuste estructural de signo gradualista y el atemperamiento de las demandas salariales en el sector público (Sojo, 1989a y 1989b). En aras de la urgente estabilización macroeconómica fue imposible mantener el elevado gasto social³ propio de la década de los setenta pero, como se advertirá seguidamente, se lograron recuperaciones importantes después de su crítica caída.

1. Tendencias de acuerdo con estimaciones de MIDEPLAN (1975-1989)⁴

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

2. Tendencias de acuerdo con estimaciones de la Secretaría técnica de la COREC II (1983-1991)⁶

En relación con el PIB, de acuerdo con esta serie del período 1983-1991, el retroceso del gasto resulta mayor que en las estimaciones esbozadas arriba, fundamentalmente en educación, y algo en salud.

Se destaca la recuperación sostenida del gasto en salud y el aumento del de vivienda y previsión y asistencia social, en contraste con la recurrente caída del destinado a educación (Cuadro 6). En el caso de vivienda, la caída desde 1990 es fuerte.

El comportamiento del gasto considerando el efecto inflacionario (Cuadro 8) muestra también una recuperación casi continuada del gasto en salud e inestable en educación y vivienda, al igual que un aumento significativo del gasto en previsión y asistencia social. En términos per cápita, el comportamiento del gasto sigue la misma dirección (Cuadro 10).

De allí que no sorprendan las alteraciones ocurridas en la estructura porcentual del gasto, expresión de la diversa intensidad de las prelación sectoriales (Cuadro 9).

B. Vigencia redistributiva de los programas sociales

La medición más reciente que permite comparar el impacto redistributivo de diversos programas sociales data de 1982-1983. Tal lapso 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 subsidio⁷ 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, 1988, 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 (Cuadro 11). En educación, las familias pobres percibían más de la cuarta parte del subsidio. Por otra parte es oportuno destacar el acceso estratificado 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 mientras que en la educación primaria la situación era la opuesta (Trejos y Elizalde, 1985).

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 más de un 50% mayor que el de los no pobres (Trejos y otros).

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)

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 representaba el 86% del ingreso familiar original y dentro de ellos el segmento de extrema pobreza aumentaba su ingreso más del doble; en el caso de los no pobres, el subsidio representaba un 18% del ingreso original (Ib., p. 184).

Según su coeficiente de progresividad⁸ y sin considerar la intensidad del subsidio, como se aprecia en el Cuadro 12, la mayoría de los programas sociales son progresivos (Sauma, 1991, pp. 48 y 49).⁹

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" (Trejos y otros, 1988, p. 188)

Una vez incluido el subsidio, el ingreso global del país y el ingreso global urbano se incrementaban aproximadamente 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)

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.¹⁰

III. ALGUNOS INDICADORES DE PROBLEMAS DE CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS

A. 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 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 insumos en el sector de 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 unidocentes —es decir, con los diversos grados a cargo de un solo maestro— 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 debe estar también 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 22.5%, 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%.

B. Salud

En las consultas externas, en el período 1985-1990 se dio 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 dio 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 Caja Costarricense del Seguro Social (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 del costo por hora efectivamente trabajada por el estrato profesional de mayores ingresos. Sus negativos efectos en la prestación de servicios se conjugan con otros, tales como la insuficiente proporción del personal paramédico en relación con los médicos (Ib., p. 16).

Afortunadamente, a diferencia de otros países como Chile, al contraerse los recursos disponibles, las políticas de salud no han incurrido en una perniciosa competencia de recursos para atender patologías pre- y posttransicionales en la transición epidemiológica.¹¹ De allí los satisfactorios índices de salud, relacionados tanto con la atención materno-infantil como con la del adulto (Rosero-Bixby, 1991).¹²

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 encarar los problemas en la consulta especializada y a concentrar los servicios en los hospitales nacionales de alta complejidad, implicando 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.; Sanguinety, 1988a; Vallejo y Iunes, 1991).

Esa modificación coadyuvaría a revertir 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 unidades en las regiones se encuentran paralizadas a falta de ellos (Comisión salud, s.f., p. 17).

IV. REFORMAS RECIENTES DE LA POLITICA SOCIAL

A. 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.¹³

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 transmisión 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.

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.).¹⁴

Etapas I (1988): 60 laboratorios, 63 000 niños

Etapas II (1989): 70 laboratorios, 48 000 niños

Etapas III (1991): 30 laboratorios, 35 000 niños

Cada laboratorio cuenta con 20 computadores. Durante 1989, en forma experimental, se instalaron algunos "medios laboratorios" equipados con 10 máquinas, y se inició 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.¹⁵

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 Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) y de la empresa privada Radiográfica Costarricense (RACSA). 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.

B. La reforma administrativa en salud

De 1980 a 1989, como se vio, una vez iniciada la caída en 1981, las recuperaciones reales posteriores del gasto no permitieron alcanzar los niveles de 1980, con la 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 dio un aumento real de los costos (Sanguinetti, 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 1 000 ítems 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 (Cuadro 8). En el período 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 vio acompañado de transferencias crecientes al Ministerio de Salud (Sanguinety, Ib., pp. 49 y 79).

Según proyecciones de diversos estudios actuariales, tal situación de bonanza no parece ser indefinida. Para evaluar sus perspectivas, es necesario considerar diversos condicionantes. 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.¹⁶ (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).

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;¹⁷ por su parte, la moderación de las demandas salariales ha mostrado también sus límites.

Por todas estas razones, es imperativo 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). Podría incentivarse el incremento de productividad permitiendo que parte de los fondos producto de tal ahorro puedan ser utilizados descentralizadamente para los fines relacionados con mejoras del servicio, que se estimen convenientes en las instancias que han logrado elevar su productividad.

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).

Hacer efectivo un sistema nacional de salud integrado, que elabore y evalúe políticas sectoriales es la reforma necesaria más abarcadora del sector e involucra significativos aspectos administrativos. Hasta ahora, la integración y coordinación de servicios entre la CCSS y el Ministerio de Salud (MS) no ha sido eficaz. Dentro de los aspectos que hacen evidente la falta de integración se encuentran entre otros: la

existencia de estructuras orgánica intactas, el deterioro ocasional de los servicios, el descuido ocasional de acciones preventivas, duplicaciones en niveles de jefatura y de recursos, descordinación de horarios de atención, "vasos comunicantes" del presupuesto inadecuados; deficiencias serias del personal administrativo (Sanguinetty, 1988c)

Presuntamente, el MS se debe ocupar de los asuntos de orden 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 (Cuadro 14), condiciona 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. (Vallejo y Iunes, pp. 26 y 28)

La Comisión que evaluó recientemente el sector salud formuló propuestas, aún un tanto vagas y generales, dentro de las cuales destacan: impulsar la desconcentración administrativa y la descentralización; cambios en las gerencias; impulso de la medicina preventiva mediante los sistemas locales de salud (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 (Comisión CCSS, 1991, p. 38)

Actualmente están sobre el tapete propuestas de privatización de servicios de salud que implican subsidios estatales a actividades privadas. Es el caso de reflexiones sobre el uso de la capacidad instalada del sector público. Naturalmente es deseable una utilización máxima de la capacidad instalada, siempre y cuando los costos de ello sean decrecientes; pero algunas propuestas de diversificación del sistema de consulta externa relacionadas con el uso de la infraestructura podrían generar estrictamente subsidios a la actividad médica privada y eventualmente representar costos para la CCSS, al extender el tiempo de uso de la infraestructura. Es el caso cuando se propone que la CCSS alquile a médicos a precios mínimos los consultorios de las clínicas y hospitales en las horas no hábiles. Cabe preguntar por qué a precios mínimos; qué gastos corrientes o de otro género implica extender el uso de esa infraestructura para la CCSS, cómo se recuperarían tales gastos; cómo se seleccionarían los médicos; y a qué objetivos serviría la extensión. Tales ideas, junto con la de subsidios en el ámbito tributario, parecen revelar la pretensión de que el sector público contribuya a conformar un sector protegido de medicina privada.

C. 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 Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (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 sus propósitos iniciales, 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 no tenían acceso a ellas, lo cual no sorprende considerando los exiguos fondos tradicionalmente destinados al sector y 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 en vivienda; los subsidios directos, muy progresivos, representaban un escaso 3.8% del total (Rodríguez, 1986, pp. 76-78). De acuerdo con estimaciones oficiales, a mediados de los ochenta un 21% del total de familias no tenía capacidad de pago; un 40% tenía 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.¹⁸ 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), debía generar recursos permanentes y al menor costo posible para financiar créditos de vivienda no subsidiados y para descontar hipotecas de las entidades autorizadas. El Fondo de subsidios para la vivienda (FOSUVI), destinado a las familias de escasos ingresos quedó a cargo del bono familiar de vivienda, crédito individual a largo plazo destinado a ampliar la capacidad de pago, al cual podían aspirar las familias con ingresos iguales o menores a cuatro veces el salario mínimo de un obrero especializado de la construcción.

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.¹⁹ En sus orígenes, el FOSUVI no fue concebido como un fondo de emergencia o de contingencia, sino como un fondo permanente.

Por su parte, el FONAVI captaba aportes del 25% de la cartera de inversiones transitorias del régimen de invalidez, vejez y muerte de la CCSS, de los depósitos captados por el Banco, de los empréstitos de éste, de donaciones de organismos nacionales y extranjeros y de las utilidades de la lotería instantánea administrada por la Junta de protección social de San José.

La política emprendida desencadenó una gran organización popular, que el Estado utilizó para canalizar fondos. Es el caso de las cooperativas, en tanto intermediarios financieros y promotores, sobre todo en las zonas rurales; ellas canalizaban casi un 40% del total de créditos del BAHNVI.

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 Instituto mixto de ayuda social (IMAS). De allí que el giro de la 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.²⁰

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 la Refinería Costarricense de Petróleo (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 BAHNVI, 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 un obrero de la construcción no especializado. Un 38% de los bonos y un 4.25% de los créditos se dio a hogares con un ingreso igual o menor a 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 dio a familias con ingresos entre dos y cuatro veces ese salario (Cuadro No. 15).

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,²¹ este oscila en torno a las 80 000 (Cuadro No. 16).

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.²² 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 ha manifestado claramente su fragilidad. El FONAVI, por ser un fondo abierto, no selectivo, mostró rápidamente señales de agotamiento; el financiamiento de corto plazo otorgado representó una oferta amplia de recursos para gran parte de la obra y por ser muy blando no estimuló la elevación de la productividad del sector de la construcción. En el caso del FOSUVI, se alteró su pretensión de fondo permanente con la administración Calderón, ya que 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 número inicialmente previsto.²³ Además, se vio afectado por un cambio de prelación, al destinarse un monto importante de los fondos de Asignaciones Familiares a 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) El BAHNVI ha perdido autonomía por la injerencia del Gabinete en sus directrices.

Desde mediados de 1991, hay una efectiva paralización de las instituciones de vivienda (Comisión, op. cit. 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).

D. 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. Inicialmente, desde un sector del 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.²⁴

Algunos de sus impulsores han sistematizado su perspectiva sobre las cooperativas de salud y los SILOS (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.

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 Pavas, un 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.²⁵ 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 m² de construcción y 9000 m² 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 3 000 o 3 500 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 hipertensos, de embarazadas; formación de grupos sobre embarazo adolescente y de programas para discapacitados.²⁶ 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 la efectividad de costos de la cooperativa con otras clínicas no puede realizarse 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 redunda en una subestimación sistemática de sus costos reales. De acuerdo con sus actuales reportes, las consultas resultan un 30% menores que en otras clínicas; pero no se ha calculado como ello variaría 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.

Notas

¹ Es importante destacar que "la selectividad se ha realizado en Costa Rica mediante la creación de nuevos fondos para los programas, y no reasignando a políticas selectivas fondos antes destinados a políticas universalistas. Ambas orientaciones tienen un carácter complementario." (CEPAL, 1989, p. 43) La relevancia del carácter complementario se entiende a cabalidad considerando la complejidad de las políticas selectivas planteada en Sojo, 1990.

² Programas que inicialmente se plantearon como de mayor envergadura, pero que resultaron efímeros o representaron una porción pequeña del gasto social no serán considerados; es el caso del bono alimentario. Al respecto ver Valverde et.al., 1992.

³ 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).

⁴ Se ha optado por presentar separadamente las tendencias manifestadas en dos estimaciones diferentes, que utilizan fuentes y una metodología diversa. Pese a ello, en ambas, se dibujan algunas tendencias semejantes. Existen otras estimaciones del período 1980-1988 incluidas en Grosh, 1990, que no hemos incluido porque no consideran el sector vivienda.

⁵ 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.

⁶ Segunda comisión bipartidista para la reforma del Estado.

⁷ Se entiende por subsidio la relación entre el valor económico estimado de los bienes y el valor neto del pago realizado.

⁸ El coeficiente de progresividad se obtiene restando al coeficiente de Gini de la distribución del subsidio el coeficiente de la distribución del ingreso sin subsidio. El coeficiente puede asumir valores entre 1 y -2, debiendo interpretarse de la siguiente manera: 1) coeficiente de progresividad negativo: el subsidio se distribuye más progresivamente que el impacto sin subsidio, disminuyendo la desigualdad en la distribución del ingreso; 2) coeficiente de progresividad = 0: el subsidio se distribuye igual que el ingreso, por lo cual no tiene ningún impacto redistributivo; 3) coeficiente de progresividad positivo: el subsidio se distribuye más regresivamente que el ingreso, aumentando la desigualdad de la distribución del ingreso (Sauma, 1991, p. 9).

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ En la transición epidemiológica, la caída de la tasa de mortalidad se acompaña de un cambio y de una creciente complejidad de las causas de muerte. Las enfermedades infecciosas pierden su predominancia anterior, aunque mantienen una importante posición en el perfil epidemiológico; por otra parte, aumenta la importancia absoluta y relativa de las enfermedades no transmisibles como el cáncer y las cardiovasculares, y de las causas por accidente. Además, el peso de la mortalidad y la morbilidad se traslada desde los grupos más jóvenes a los más viejos (Frenk. et. al., 1991, pp. 22 y 23) En la región, los grupos de menores ingresos presentan tasas de mortalidad más elevadas, mayor desnutrición y morbilidad, y una menor esperanza de vida. Esta polarización epidemiológica entre diversos grupos puede conducir a una competencia de patologías por prioridades y recursos. En países donde la transición epidemiológica es polarizada, se da un mutuo traslapo entre las eras epidemiológicas; de allí la importancia de evitar una perniciosa competencia de prioridades, manifiesta en dos posiciones antagónicas que pretenden establecerlas en torno al control de las enfermedades infecciosas o bien en afecciones crónicas y accidentes crecientemente prevalentes. Como las patologías pre- y postransicionales están íntimamente relacionadas, su atención simultánea crea importantes sinergias que redundan en reducir los costos de la atención en salud (Bobadilla et. al., 1991, pp. 19 y 20).

¹² Recientemente, recortes presupuestarios del Ministerio de Salud y conflictos entre el Ministerio y la CCSS han acarreado ciertas deficiencias en la atención primaria, a saber en la cobertura de vacunas.

¹³ 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.

¹⁴ Es necesario anotar que diversos documentos de la Fundación y/o de sus funcionarios, muestran leves discrepancias respecto del número de computadores instalados y de la cobertura lograda.

¹⁵ 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.

¹⁶ 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).

¹⁷ Según Fiedler y Rigoli, las tasas de contribución son las más altas del mundo, afirmación no documentada (1991, p. I-2).

¹⁸ 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).

¹⁹ 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.

²⁰ Ver diversos datos sobre la CEV en Comisión evaluadora vivienda, 1991, pp. 140-161.

²¹ 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).

²² 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).

²³ 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.

²⁴ Ver una apretada síntesis de otros ensayos de programas mixtos en Fiedler y Rigoli, 1991, pp. I-9 a I-12.

²⁵ 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.

²⁶ Entrevista a Fernando Marín, marzo 1992.

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.
- BAHNVI, 1991 y 1992, Cuadros sobre distribución del bono de vivienda.
- José Luis Bobadilla et. al., 1991, "The Epidemiologic Transition and Health Priorities", The World Bank/Health Sector Priorities Review, mimeo, julio.
- CEPAL, 1989, "Opciones y falsos dilemas para los años noventa: lo nuevo y lo viejo en política social en América Latina", LC/R.852, diciembre.
- 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, enero, 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.
- Julio Frenk et. al., 1991, "Elements for a Theory of the Health Transition", Health Transition Review Vol 1, No. 1.
- Fundación Omar Dengo (FOD), s.f., "Programa de informática educativa", mimeo.
- Margaret Grosh, 1990, "Social Spending in Latin America. The Story of the 1980s", World Bank Discussion Papers No. 106, Washington D.C.
- 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 Menjívar 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, julio.
- 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, 1988a, "Memoria mayo 1987-mayo 1988", San José.
- , 1988b, "Datos de actualización de la Memoria mayo 1987-mayo 1988", noviembre.
- , 1988c, "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/CE-LADE/PAHO, Santiago, octubre.
- Jorge Sanguinetti, 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 Sanguinetty et. al., 1988c, "Los servicios públicos de salud en Costa Rica: integración o coordinación?", Borrador de Informe de Development Technologies, 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.
- Secretaría Técnica de la COREC II, 1992, Cuadros de clasificación funcional del gasto consolidado del sector público no financiero reducido, agosto.
- 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.
- , 1990, "Naturaleza y selectividad de la política social", Revista de la CEPAL No. 41, 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 Marfa 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.

- José Manuel Valverde, 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.
- José Manuel Valverde (coordinador), María Eugenia Trejos y Minor Mora, 1992, "El ajuste de la política social en Costa Rica: una nueva estrategia de gobernabilidad", Informe final de investigación IIS/UCR- CLACSO, febrero.
- 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.

CUADROS ESTADÍSTICOS

Cuadro 1
GASTO PÚBLICO 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 a)	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 SISO-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 SISO 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.

Cuadro 2
GASTO PÚBLICO 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 SISO-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
GASTO PUBLICO EN LOS SECTORES SOCIALES RESPECTO AL GASTO DEL SPNF 1/ 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 b)	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

Cuadro 4
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
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 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/ 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. Las series 1975-85 y 1987-89 no son estrictamente comparables.

Cuadro 6
CLASIFICACION FUNCIONAL DEL GASTO CONSOLIDADO SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO REDUCIDO, 1983-1991
(millones colones corrientes)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
SERVICIOS GENERALES	487.8	693.1	876	1 150	1 397.4	1 912.5	2 173.5	2 579	2 445.9
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	21 847	27 225.1	32 501.4	4 4487.9	53 641.3	68 257.5	89 548.2	102 897.3	125 554.6
Educación	5 809.2	7 763.3	8 340.8	11 755.1	12 923.6	15 281.2	20 266.8	24 306.4	29 543.1
Previsión y Asistencia social	6 305.1	8 379.8	10 422.7	13 692.5	16 424.5	19 826.3	24 298.9	29 157.8	36 135.7
Vivienda	588.1	471.7	795.1	1 153.6	2 779.0	5 471.7	7 464.9	6 339.7	5 549.3
Salud	7 032.4	8 136.3	9 772.3	13 094.1	15 833.9	20 568.3	25 846.2	32 867.5	42 190.5
Alcantarillado y agua potable	681.7	801.0	1 208.2	2 137.6	2 275.4	24 510.3	3 512.1	3 032.4	3 460.7
Otros	1 430.5	1 673.0	1 962.3	2 655.0	3 404.9	4 699.7	8 159.3	7 193.5	8 675.3
SERVICIOS ECONOMICOS	26 576.8	31 626.1	36 436.5	37 945.7	40 485.6	52 529.8	67 491.0	8 6048.6	97 820.4
Agricultura-Pecuaria-Rec.naturales	6 098.4	8 043.8	8 704.1	9 949.0	8 388.3	11 409.0	14 453.4	16 867.4	15 020.0
e Industrias extractoras	4 672.9	5 696.5	5 749.5	6 114.1	5 437.0	6 914.5	8 333.9	8 764.6	10 418.8
Transporte	11 702.7	12 420.9	14 655.5	13 459.0	16 533.3	21 009.2	26 124.6	37 086.5	42 782.9
Energía	4 102.8	5 464.9	7 327.4	8 423.6	10 127.0	13 197.1	18 559.1	23 330.1	29 598.7
Otros	9 540.9	9 814.2	11 223.4	11 596.5	14 202.4	16 627.6	20 124.1	25 619	37 435.1
SERVICIOS FINANCIEROS	2 318.6	3 059.1	3 644.3	5 512.3	3 155.5	3 643.2	4 501.4	5 556.9	6 369.6
OTROS NO CLASIFICADOS	974.3	1 426.5	2 065.2	1 429.8	2 330.5	2 298.2	1 002.6	2 085.8	2 345.0
AJUSTE DE TRANSFERENCIAS	61 745.4	73 844.1	86 746.8	102 122.2	115 212.7	145 268.8	184 840.8	224 786.6	271 970.6
TOTAL GASTOS									

Fuente: Elaborado por la Secretaría Técnica Corec II en base a datos del Ministerio de Hacienda

Cuadro 7
CLASIFICACION FUNCIONAL DEL GASTO CONSOLIDADO
SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO REDUCIDO, 1983-1991
(Relación con respecto al PIB)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
SERVICIOS GENERALES	0.38	0.43	0.44	0.47	0.49	0.55	0.51	0.49	0.36
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	16.89	16.70	16.42	18.04	18.85	19.51	20.99	19.68	18.53
Educación	4.49	4.76	4.21	4.77	4.54	4.37	4.75	4.65	4.36
Previsión y Asistencia social	4.88	5.14	5.27	5.55	5.77	5.67	5.70	5.58	5.33
Vivienda	0.45	0.29	0.40	0.47	0.98	1.56	1.75	1.21	0.82
Salud	5.44	4.99	4.94	5.31	5.56	5.88	6.06	6.29	6.23
Alcantarillado y agua potable	0.53	0.49	0.61	0.87	0.80	0.69	0.82	0.58	0.51
Otros	1.11	1.03	0.99	1.08	1.20	1.34	1.91	1.38	1.28
SERVICIOS ECONOMICOS	20.55	19.40	18.41	15.39	14.23	15.02	15.82	16.46	14.44
Agricultura-Pecuaria-Rec.naturales									
e Industrias extractoras	4.72	4.93	4.40	4.03	2.95	3.26	3.39	3.23	2.22
Transporte	3.61	3.49	2.90	2.48	1.91	1.98	1.96	1.68	1.54
Energía	9.05	7.40	7.46	5.46	5.81	6.01	6.12	7.09	6.32
Otros	3.17	3.35	3.70	3.42	3.56	3.77	4.35	4.46	4.37
SERVICIOS FINANCIEROS	7.38	6.02	5.67	4.70	4.99	4.76	4.72	4.90	5.53
OTROS NO CLASIFICADOS	1.79	1.88	1.84	2.24	1.11	1.04	1.06	1.06	0.94
AJUSTE DE TRANSFERENCIAS	0.75	1.10	1.60	1.11	1.80	1.78	0.78	1.61	1.81
TOTAL GASTOS	47.75	45.30	43.83	41.42	40.49	41.55	43.33	43.00	40.15

Fuente: Elaborado por la Secretaría Técnica Corec II en base a datos del Ministerio de Hacienda

Cuadro 8
CLASIFICACION FUNCIONAL DEL GASTO CONSOLIDADO
SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO REDUCIDO, 1983-1991
(relación con respecto al IPC)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	4 285.41	4 773.98	4 953.73	6 062.83	6 256.35	6 588.02	7 419.13	7 161.22	6 789.07
Educación	1 139.51	1 361.31	1 271.27	1 601.99	1 507.32	1 475.08	1 679.12	1 691.62	1 597.48
Previsión y Asistencia social	1 236.78	1 469.42	1 588.58	1 866.02	1 915.64	1 913.01	2 013.18	2 029.26	1 953.96
Vivienda	115.36	82.71	121.19	157.21	324.12	528.18	618.47	441.22	300.07
Salud	1 379.44	1 426.72	1 489.45	1 784.47	1 846.76	1 985.43	2 141.38	2 287.44	2 281.36
Alcantarillado y agua potable	133.72	140.46	184.15	291.31	265.39	232.66	290.98	211.04	187.10
Otros	280.60	293.36	299.09	361.83	397.12	453.66	676.00	500.64	469.10

Fuente: Elaborado por la Secretaría Técnica Corec II en base a datos del Ministerio de Hacienda

Cuadro 9
ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL GASTO PUBLICO EN SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Educación	26.59	28.52	25.66	26.42	24.09	22.39	22.63	23.62	23.53
Previsión y Asistencia social	28.86	30.78	32.07	30.78	30.62	29.04	27.13	28.34	28.78
Vivienda	2.69	1.73	2.45	2.59	5.18	8.02	8.34	6.16	4.42
Salud	32.19	29.89	30.07	29.43	29.52	30.14	28.86	31.94	33.60
Alcantarillado y agua potable	3.12	2.94	3.72	4.80	4.24	3.53	3.92	2.95	2.76
Otros	6.55	6.14	6.04	5.97	6.35	6.89	9.11	6.99	6.91

Fuente: Elaborado en base al Cuadro 8

Cuadro 10
CLASIFICACION FUNCIONAL DEL GASTO CONSOLIDADO
SECTOR PUBLICO NO FINANCIERO REDUCIDO, 1983-1991
(relación per cápita en términos reales)

	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
SERVICIOS GENERALES	49.39	56.86	60.22	70.49	72.39	79.24	77.00	74.87	53.30
SERVICIOS SOCIALES Y COMUNALES	2 211.88	2 233.37	2 234.23	2 726.85	2 778.73	2 827.92	3 172.68	2 987.18	2 736.02
Educación	588.15	636.85	573.37	720.52	669.47	633.10	718.05	705.63	643.79
Previsión y Asistencia social	638.35	687.42	716.49	839.27	850.82	821.41	860.91	846.47	787.45
Vivienda	59.54	38.70	54.66	70.71	143.96	226.69	264.48	184.05	120.93
Salud	711.99	667.45	671.77	802.59	820.23	852.15	915.73	954.17	919.39
Alcantarillado y agua potable	69.02	65.71	83.05	131.02	117.87	99.86	124.43	88.03	75.41
Otros	144.83	137.24	134.89	162.74	176.38	194.71	289.08	208.83	189.05
SERVICIOS ECONOMICOS	2 690.74	2 594.40	2 504.75	2 325.85	2 097.24	2 176.32	2 391.20	2 498.05	2 131.65
Agricultura-Pecuaria-Rec.naturales	617.43	659.86	598.34	609.81	434.53	472.68	512.08	489.67	327.31
e Industrias extractoras	473.10	467.30	395.24	374.76	281.65	286.47	295.98	254.44	227.04
Transporte	1 184.83	1 018.93	1 007.46	824.96	856.46	870.41	925.59	1 076.65	932.30
Energía	415.38	448.31	503.71	516.32	524.60	546.76	657.55	677.29	645.00
Otros									
SERVICIOS FINANCIEROS	965.96	805.95	771.53	710.30	735.71	688.46	713.00	743.74	815.77
OTROS NO CLASIFICADOS	234.74	234.74	250.52	337.87	163.46	150.94	159.48	161.32	138.80
AJUSTE DE TRANSFERENCIAS	98.64	95.84	93.19	90.66	88.23	85.91	83.73	81.67	79.74
TOTAL GASTOS	6251.36	6 057.69	5 963.21	6 259.48	5 968.27	6 018.51	6 548.89	6 525.72	5 926.64

Fuente: Elaborado por la Secretaría Técnica Corec II en base a datos del Ministerio de Hacienda

Cuadro 11
ASIGNACION DEL SUBSIDIO ANUAL EN PROGRAMAS
SOCIALES ENTRE POBRES Y NO POBRES, 1983
(cifras absolutas y relativas)

Programa y Grupo de Ingreso	Subsidio total		Subsidio promedio por familia beneficiada (colones)
	Absolutos/a/	Relativo	
Todos los programas	19 512	100	43 596
Pobres	6 253	32	-
Pobreza básica	3 293	17	50 220
Pobreza extrema	2 960	15	50 940
No pobres	13 259	68	41 924
Educación	7 565	100	26 832
Pobres	2 100	28	-
Pobreza básica	1 213	16	26 664
Pobreza extrema	887	12	22 212
No pobres	5 465	72	27 816
Salud	7 386	100	16 404
Pobres	2 764	37	-
Pobreza básica	1 352	18	29 868
Pobreza extrema	1 412	19	24 216
No pobres	4 622	63	14 124
Alimentación y Nutrición	1 039	100	4 356
Pobres	584	56	-
Pobreza básica	266	26	6 756
Pobreza extrema	318	31	4 956
No pobres	455	44	3 288
Seguridad social	463	100	n.d
Pobres	305	66	n.d
Pobreza básica	115	25	n.d
Pobreza extrema	190	41	n.d
No pobres	158	34	n.d
Vivienda	1 262	100	32 956
Pobres	144	11	28 416
Pobreza básica	144	11	28 416
Pobreza extrema	0	0	0
No pobres	1 118	89	32 832
Agua y Dep. de Agua	1 797	100	5 256
Pobres	356	20	-
Pobreza básica	203	11	4 236
Pobreza extrema	153	9	4 560
No pobres	1 441	80	5 544

Fuente: Cuadro VIII.4, Trejos et al, 1988; cálculo del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas con base en Estudio sobre el Gasto Público Social.

a/ En millones de colones

n.d.: No disponible

Cuadro 12
COEFICIENTE DE PROGRESIVIDAD DEL SUBSIDIO DE PROGRAMAS SOCIALES, 1982

PROGRAMA	NIVEL DE PROGRESIVIDAD DEL SUBSIDIO		
	Distribución progresiva	Distribución regresiva pero menor que la distribución sin subsidio	Distribución más regresiva que la distribución sin subsidio
INCIENSA y producción de alimentos	-0.696		
Subsidios directos en vivienda	-0.054		
Ayudas en alimentos	-0.528		
Pensiones no contributivas	-0.366		
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		
Agua potable		0.063	
Programas de financiamiento del INVU		0.092	
Alcantarillado		0.106	
Pensiones IVM		0.332	
Educación superior		0.365	
Pensiones de "otros regímenes estatales"			0.420
Financiamiento para vivienda de intermediarios financieros públicos			0.568

Fuente: Sauma, 1991

Cuadro 13
SUPERAVIT O DEFICIT DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL PIB EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1970-1983

	1970	1975	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Argentina	n.d.	0.7	0.3	-0.0	-0.4	-3.0	-2.2	-2.3
Bahamas	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1.6	2.1	1.3	1.4
Barbados	-0.2b/	-2.4	0.4	0.5	0.5	0.3	2.0	2.5
Bolivia	0.2c/	0.3	0.0	0.2	-0.0	0.7	0.6	0.1
Brasil	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-0.3	-0.0	-0.4
Chile	-4.1b/	-1.0	-1.7	-2.0	-2.0	-2.3	-7.7	-5.7
Colombia	0.2	-0.0	-0.2	-0.1	-0.0	-0.2	-0.6	-0.2
Costa Rica	0.7	1.6	1.4	1.2	1.0	0.8	0.8	2.5
Cuba	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	-6.2	-6.4	-6.4
Ecuador	n.d.	0.6d/	1.8	2.1	1.7	1.3	1.5	1.3
El Salvador	-0.0	-0.3	0.6	0.6	0.4	0.6	0.8	0.8
Guatemala	0.1	-0.0	0.4	0.5	0.4	0.4	0.3	0.3
Honduras	-1.2	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.3	0.1	0.2
Jamaica	-0.7	-1.7	0.3	0.3	0.3	0.7	1.0	0.6
México	-0.4	-0.3d/	n.d.	n.d.	0.4	0.4	0.5	0.1
Nicaragua	0.1	-0.0	0.0	0.5	0.9	0.7	0.6	0.8
Panamá	0.1c/	1.2	1.0	1.7	1.9	2.7	3.1	2.4
Perú	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0.4	0.0	-0.1
Trinidad & Tabago	0.8	0.4	0.3	n.d.	0.2	0.0	0.0	-0.5
Uruguay	n.d.	-1.2	-0.5	-0.3	-0.8	-3.7	-5.8	-4.3
Venezuela	-0.7	0.3	0.4	0.2	0.3	0.2	0.2	0.0

Fuente: Mesa-Lago, 1991. Cuadro 9

a/ Excluye contribuciones del Estado como tal (no como empleador)

b/ 1971

c/ 1972

d/ 1974

Cuadro 14
PARTICIPACION DE LAS ENTIDADES EN LOS EGRESOS EFECTIVOS DEL SECTOR SALUD, 1980-1990*

Entidad	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Ministerio de Salud	17.06	10.11	15.67	16.07	15.47	16.54	17.54	15.24	14.19	11.89	11.71
CCSS	75.48	81.70	77.16	76.5	76.87	74.21	72.79	75.34	76.85	79.45	78.36
IAFA	0.81	1.04	0.89	0.97	0.78	0.77	0.76	0.70	0.61	0.57	0.58
INCIENSA	0.70	0.70	0.53	0.44	0.39	0.42	0.41	0.35	0.28	0.30	0.30
INS	5.95	6.45	5.75	6.02	6.49	8.06	8.50	8.37	8.07	7.79	9.05
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

Fuente: Vallejo e Iunes, 1991
* No incluye ICA

Cuadro 15
BANHVI: MONTO DE BONO FAMILIAR, CREDITO BASE Y SOLUCIÓN POR ESTRATO DE INGRESO FAMILIAR PONDERADO^{a/}

ESTRATO DE IFPB/ TOTAL 1987-90	MONTO BONO FAMILIAR			MONTO CREDITO BASE			MONTO SOLUCION			CANTIDAD DE CASOS	PORCENTAJE DEL TOTAL
	ACUMULADO	PROMEDIO	PORCENTAJE	ACUMULADO	PROMEDIO	PORCENTAJE	ACUMULADO	PROMEDIO	PORCENTAJE		
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	3 165 199 484	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	28.73	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

a/ Incluye casos formalizados del 1 de Agosto de 1987 al 25 de Mayo de 1990.

b/ IFP= Ingreso Familiar Ponderado.

c/ SM= Salario Mínimo establecido por ley para un obrero de la construcción no especializado.

Cuadro 16
COSTA RICA: VIVIENDAS CONSTRUIDAS DURANTE
EL PERIODO 1982-1990 DESGLOSADAS POR AÑO

Años	Número de viviendas
1982	8 803
1983	11 892
1984	16 311
1985	15 909
1986	16 110
1987	18 526
1988	21 748
1989	22 128
1990	20 604

Fuentes: Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos (período 1982-1985).
 Sección de Información Gerencial. Sistemas de Información del Sector
 Vivienda y Asentamientos Humanos (SISVAH).