



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

iICE
Instituto de Investigaciones en
Ciencias Económicas

DOCUMENTO DE TRABAJO

DT_001_2008

LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS EN COSTA RICA DESDE 1950: LOGROS Y CUELLOS DE BOTELLA

Lic Juan Diego Trejos

La provisión de los Servicios Sociales básicos en Costa Rica desde 1950: Logros y cuellos de botella

I. Introducción

Los servicios sociales básicos buscan mejorar la calidad de vida de la población creando, protegiendo o facilitando la generación de capacidades básicas. Si estos servicios llegan a la población con menores recursos, amplían sus oportunidades de superar la situación de privación. Por ello, distintas iniciativas internacionales, como la cumbre social realizada en Copenhague en 1995 y más recientemente la aprobación de los Objetivos del Milenio por parte de las Naciones Unidas en el año 2000, han promovido su cobertura universal.

Los servicios sociales básicos (SSB) comprenden la educación básica; la atención primaria de la salud, incluida la salud reproductiva, los programas de población y los programas de nutrición; el suministro de agua potable y el saneamiento, así como la capacidad institucional de prestar esos servicios (Ganuza, et al., 1999). En Costa Rica no se aplica esta definición minimalista, sino una más amplia que incluye, además de los programas de nutrición y el suministro de agua para el consumo humano (incluido el tratamiento de las aguas servidas o residuales), los servicios de educación general (preescolar, primaria y secundaria) y los servicios de atención de la salud (primario, secundario y terciario),

Como principales características, durante el último medio siglo, estos servicios han sido financiados y provistos por el Estado. Segundo, han conllevado una creciente y amplia cobertura pero con un desarrollo desigual y sin lograr plenamente la cobertura universal en todos los servicios. Pese a ello, y en tercer lugar, estos favorecen en igual o mayor medida a los grupos más pobres (son progresivos o neutros) y generan un significativo impacto distributivo. Una cuarta característica es que resuelto, en lo fundamental, el acceso a los SSB, afloran ahora los problemas de calidad que sí afectan en mayor medida a los grupos más pobres. Quinto, las restricciones fiscales asociadas al nuevo estilo de desarrollo, sin introducir una reforma fiscal significativa para sustituir las fuentes de ingresos perdidos (impuestos al comercio exterior), pone en peligro la sostenibilidad financiera de los SSB y las mejoras requeridas.

A continuación se presentan las características, evolución y resultados obtenidos por el suministro de los SSB. Segundo, se presenta la evolución de los recursos públicos asignados a estos servicios durante el último medio siglo, seguido, en tercer lugar, del análisis de la estructura de su financiamiento e identificación de posibles vulnerabilidades futuras. Cuarto, se analiza la progresividad del gasto en los SSB y se estima su impacto en la distribución del ingreso familiar autónomo. Se concluye identificando desafíos futuros.

II. El suministro de los servicios básicos sociales

Desde los primeros años de vida independiente, las autoridades habían reconocido la importancia de suministrar SSB a la población, particularmente los servicios de educación primaria, y a través de los gobiernos locales (Fischel, 1990). No obstante, la primera gran reforma se produce a finales del siglo XIX donde se busca alfabetizar a la población por la vía de la universalización de la educación primaria.

Este consenso en la provisión de educación primaria continúa durante la primera mitad del siglo XX, período donde también se inician los esfuerzos estatales por suministrar servicios de salud, incluyendo el suministro de agua potable (Rosero, 1983; Miranda, 1988) y que culminan con las reformas sociales de inicios de los años cuarenta (Salazar, 1994). Con la revolución de 1948 al mando de José Figueres, estas reformas sociales no solo se consolidan sino que se profundizan con la implantación de un estilo de desarrollo que buscaba el “bienestar del mayor número” (Figueres, discurso en 1948 reproducido en Figueres, 1986), sustentado en el desarrollo de una clase media urbana y que marcará las políticas públicas durante la segunda mitad del siglo XX (Garnier, et al., 1991, Rovira, 1982).

En este contexto, hacia 1950 el país había logrado avances importantes en el suministro de algunos servicios sociales básicos. Así lo muestran indicadores de resultado: el 79% de la población de 10 años o más se encontraba alfabetizada; la esperanza de vida al nacer se acercaba a los 56 años; y la tasa de mortalidad infantil rondaba los 90 por mil nacidos vivos. En su conjunto, el desempeño era menor que en los países desarrollados, pero algo mejor que la media latinoamericana y claramente mejor que en el resto de los países centroamericanos. No obstante, existían grandes brechas de cobertura en contra de las zonas más alejadas del centro del país y en contra de las poblaciones más pobres.

Dentro de un estilo de desarrollo que buscaba generalizar el bienestar, como estrategia, primero, se produjo una ampliación gradual de la cobertura de los SSB dentro de un esquema de acceso universal segmentado (décadas del cincuenta y sesenta), seguido de una aceleración de la ampliación de la cobertura hacia los grupos aún excluidos, acompañadas de reformas institucionales (década del setenta). Como se discute en mayor detalle en el capítulo 2, esta evolución se dio en el marco de un estilo de desarrollo que apostaba a una industrialización sustituida de importaciones dentro de un mercado común centroamericano, junto a una diversificación agrícola y modernización del aparato estatal (Garnier e Hidalgo, 1991). Con el agotamiento de este estilo de desarrollo y el advenimiento de la crisis de la deuda a inicios de la década de los años ochenta, se produce un estancamiento de los avances logrados y se busca proteger los logros alcanzados dentro de un proceso de estabilización económica poco ortodoxo (Trejos, 1991).

Superada la estabilización de la economía y en proceso de renegociación de la deuda externa, se iniciaron un conjunto de reformas económicas en la línea del “consenso de Washington”, hacia una mayor apertura comercial y un mayor protagonismo del mercado en la asignación de los recursos, aunque manteniendo cierta heterodoxia en cuanto a la gradualidad de las reformas, la no privatización de los servicios públicos, la no focalización de todo el gasto social y el establecimiento de incentivos al sector exportador. En este contexto, a partir de la segunda mitad de los años ochenta, se reafirmó el papel del Estado como proveedor de los servicios básicos, se

apuntaló el gasto social con miras a recuperar coberturas perdidas o alcanzar la universalidad aún no lograda y emerge con mayor fuerza los temas de calidad del servicio y eficiencia en el uso de los recursos. No obstante, la expansión del gasto social tiene un límite impuesto por las reformas económicas las cuales le han restado, sin restituirle adecuadamente, ingresos al Estado provenientes del comercio generando así un desequilibrio fiscal estructural. Ello sugiere que sin una reforma fiscal de importancia, no se podrá garantizar la sostenibilidad financiera de los programas sociales y ello afectará en distinto modo a los programas sociales básicos, dependiendo de su fuente de financiamiento y de la prioridad política otorgada.

Los servicios educativos básicos

Costa Rica desarrolló políticas dirigidas a generalizar la educación primaria y erradicar el analfabetismo desde el inicio de su vida independiente (1821). Pese a que desde la constitución de 1869 se estableció que la educación primaria para ambos sexos debía ser gratuita, obligatoria y pública, el proceso de universalización de la educación primaria adquirió fuerza y permanencia a partir de 1885 cuando un conjunto de reformas permitieron crear un sistema de educación nacional y sentar las bases estructurales de la educación primaria (Rama, 1994; Fischel, 1990). La Ley Fundamental de Educación Pública (1885) definió los distintos niveles educativos y estableció la educación laica, en tanto que la Ley de Educación Común (1886) trasladó la dirección de la enseñanza de los gobiernos locales al gobierno central. También se asignaron mayores recursos a la educación y se reasignaron a su interior hacia la educación primaria, limitando la expansión de la educación secundaria y cerrando temporalmente (por casi medio siglo) la única universidad existente.

El objetivo de estas reformas fue la alfabetización de la población, el cual dominó la prestación de los servicios educativos durante la primera mitad del siglo XX. Esto es claro al constatar que existían tres tipos de escuelas primarias las cuales brindaban enseñanza primaria completa y algunos estudios de contabilidad e idiomas (de “primer orden”); instrucción hasta quinto grado (de “segundo orden”); y hasta tercer grado (de “tercer orden”). En 1899 solo el 6% de las escuelas eran de primer orden y se concentraban en la capital y sus alrededores en tanto que el 74% de las escuelas eran de tercer orden. Para 1950, el número de escuelas se había triplicado y las de primer orden habían aumentado en mayor medida y ya representaron el 17% de las escuelas. No obstante, el 72% de ellas seguían brindado solo hasta tercer grado (Rodríguez, 1994). Para algunos autores (Quesada, 1990), esta estratificación de escuelas institucionalizaba las diferencias entre la escuela rural y la urbana, pero para otros (Rama, 1994), permitió hacer de Costa Rica el único país de América Latina que, siendo fundamentalmente agrícola y rural, logró la alfabetización y la generalización de la educación primaria.

Entre 1880 y 1950, el éxito de las reformas se reflejó en una reducción del analfabetismo del 69%. Antes de iniciarse esas reformas, la tasa de analfabetismo rondaba apenas al 10% de la población; en 1950 ya el 79% de la población de diez años o más era alfabeto. Se produjo así una clara diferenciación del resto de los países centroamericanos en materia de prestación de servicios educativos básicos (Seligson, et al., 1997).

En la década de 1940 se creó la Universidad de Costa Rica (1941) que vino a sustituir la Universidad de Santo Tomás cerrada 53 años atrás, y en 1949 se aprobó una nueva Constitución Política que introdujo innovaciones en el sistema educativo. Primero, concibió la educación

pública como un sistema integrado, desde la preescolar hasta la universitaria. Segundo, creó el Consejo Superior de Educación como encargado de definir la política educativa. Tercero, amplió la gratuidad de la educación pública al nivel secundario – aunque no su obligatoriedad –, estableció la inspección estatal de los centros educativos privados, dio autonomía a la Universidad de Costa Rica y le dotó de rentas fijas (Dengo, 1999).

Con este nuevo marco constitucional, durante la década de 1950 se continuó consolidando la cobertura de la educación primaria bajo el esquema de escuelas incompletas, y se aumentó la cobertura de la educación secundaria. Hacia 1960, el 72% de las escuelas seguía sin ofrecer los seis grados y ese año se inició una política con énfasis en la escuela unitaria (un solo maestro de primero a sexto grado), capacitación docente, producción de material didáctico y mejoramiento de la planta física y el mobiliario de los centros educativos. Esta política redujo el porcentaje de escuelas incompletas a un 14% antes de finalizar el decenio, y logró prácticamente universalizar el acceso a la educación primaria de toda la población en edad escolar (MEP, 1971).

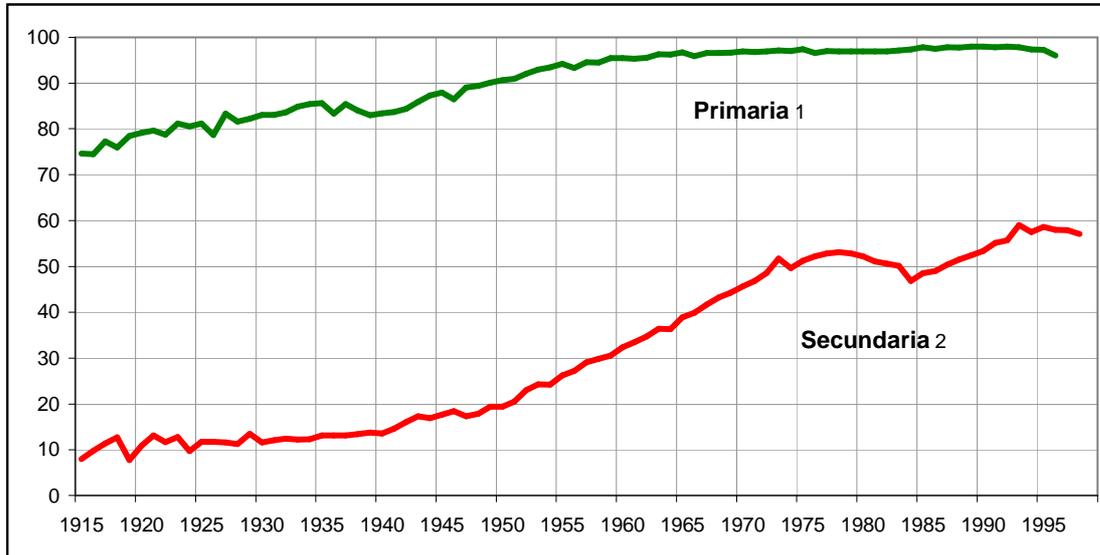
A partir del censo del 2000, el gráfico 1 muestra el acceso a la educación primaria a partir del *proxy* del porcentaje de la población que aprobó al menos un año de educación primaria. A partir de los años sesenta, alrededor del 96% de las personas con edad de entrar a primer grado (7 años) había completado al menos un año de educación mostrando una cobertura de ingreso prácticamente universal¹. El gráfico 1 presenta además la población que completó al menos un año de secundaria (a los 14 años para considerar rezago escolar y como *proxy* de los que acceden a ese nivel educativo). Durante la primera mitad del siglo y hasta la década de 1940, no hubo mayores avances, pero desde entonces la cobertura aumentó hasta finales de los setenta, cuando la crisis económica provocó una reducción de la cobertura que se discute en detalle más adelante. Si bien en los años posteriores la cobertura se recuperó y expandió, se mantuvo muy lejos la meta de universalidad.

¹ Esta cobertura es alta incluso durante las primeras décadas del siglo XX, aunque está sobredimensionada debido a la asociación positiva entre sobrevivencia y nivel educativo.

Gráfico 1

Costa Rica: evolución del acceso a la educación primaria y secundaria. 1915 – 1999

(Cifras relativas)



1/ Población de 7 años que ha completado al menos un año de primaria según año en que entra a primaria (a los 7 años)

2/ Población de 14 años que ha completado al menos un año de secundaria según año en que entra a secundaria (a los 14 años)

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población del 2000 (INEC).

Hasta los inicios del decenio de los setenta, las reformas emprendidas en la educación fueron parciales, a veces circunscripta a reestructurar planes de estudio o capacitar docentes. Sin embargo, entre 1971 y 1973, con la incorporación de las técnicas de planificación promovidas por la Alianza para el Progreso, se elaboró el primer Plan Nacional de Desarrollo Educativo, con la participación de especialistas de la UNESCO (MEP, 1973). Lo novedoso del plan fue que reestructuró los niveles educativos en ciclos: separó la educación primaria en dos ciclos de tres años cada uno, y la secundaria en dos ciclos, de tres años y dos (académica) o tres años (técnica), respectivamente. Este cuarto ciclo se denominó de educación diversificada y los tres primeros de educación general básica.

Paralelamente, se reformó la Constitución Política para tornar obligatoria la educación general básica, ampliando dicha obligatoriedad al primer ciclo de secundaria y manteniendo la gratuidad y el financiamiento del Estado para la educación preescolar y secundaria, introducido en la constitución de 1949. Así, se buscó impulsar la aún limitada cobertura de educación secundaria. Dado que las escuelas (primarias) y colegios (secundarios), siguieron funcionando de manera independiente, los cambios fueron cosméticos, y no se lograron las transformaciones que sí se produjeron en materia de salud. Aún así, en esta década ocurrió una fuerte expansión de la educación secundaria, acompañada de un crecimiento de las opciones de educación superior².

Esta expansión de la cobertura de la educación secundaria se truncó y revertió con la crisis económica de la primera mitad de los ochenta. Demandaría al menos un decenio recuperar la cobertura precrisis. En efecto, la crisis económica hizo que durante la primera mitad del decenio de los ochenta, los recursos destinados a la educación se redujeran drásticamente. Esta reducción,

² En los 70 se crearon tres nuevas universidades y los primeros colegios universitarios estatales.

que afectó a todo el gasto público (ver capítulo 1), repercutió en mayor medida en los servicios educativos básicos, particularmente en los de nivel medio. Durante el quinquenio 1980-1985, el gasto público real asignado a la educación primaria se redujo un 28%, a la educación media un 44%, mientras que el universitario creció un 3% (Ulate, et al., 2004). La contracción de recursos, que afectó en mayor medida a los gastos de capital, a los gastos en materiales y a los salarios reales de los docentes, se tradujo en un deterioro en la calidad de la educación brindada. Este deterioro se observa en la reducción de los días de clases para compensar a los docentes la caída en las remuneraciones (MIDEPLAN, 1998) y en la prácticamente ausencia de gastos en nuevas inversiones y en mantenimiento. Como ejemplo, durante el decenio de 1980 no se construyó un solo colegio secundario (PEN, 2004).

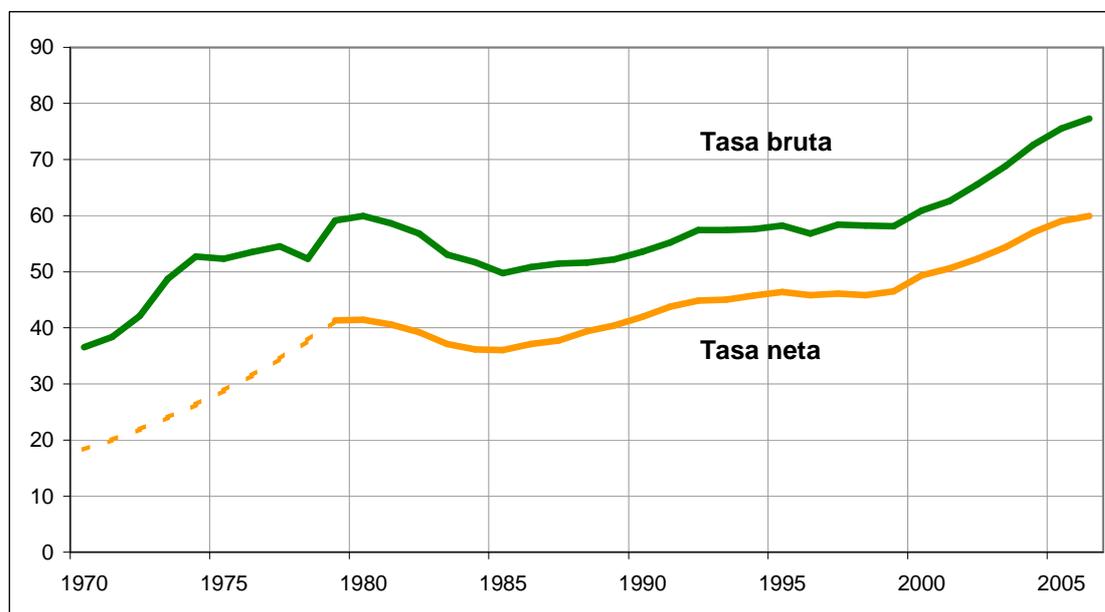
Esta contracción real de recursos en el nivel medio, más la reducción de los ingresos familiares originados por la crisis – que aumentó el costo de oportunidad de mantener a un joven en el sistema educativo –, afectó fuertemente la cobertura de la educación secundaria (ver gráfico 2). En el decenio de 1970, la promoción de la educación secundaria hizo que la tasa bruta de escolaridad en secundaria aumentara en más del 50% y la tasa neta más que se duplicó³. A pesar de esta expansión, para 1980 sólo cerca del 40% de los jóvenes en edad de cursar estudios secundarios lo estaban haciendo. En 1985 la crisis había reducido esa cobertura en 10% en la tasa bruta y en 5% en la tasa neta, año cuando empezó a recuperarse. Recién en 1990 se tenía la tasa neta de 1980, y recién en el 2000 la tasa bruta de 1980. Esta recuperación de la cobertura se desaceleró en la segunda mitad del decenio de los 90, pero recuperó un impulso a partir del 2000 con la incorporación de nuevas modalidades de educación abierta aunque a costa de una menor calidad. Para el 2006, el 40% de los jóvenes con edad de cursar estudios medios aún esta fuera del sistema: la universalidad de la secundaria es una tarea pendiente.

En todo caso, la recuperación primero y expansión después, en la cobertura de la educación secundaria a partir de 1986 refleja una creciente preocupación por la cobertura del sistema educativo, en particular la educación media percibida cada vez mas como un nivel mínimo indispensable, y por su calidad lo que llevó a un cambio en las prioridades políticas hacia este servicio. La recuperación de la educación general como servicio social básico prioritario se observa por la asignación de recursos crecientes, tanto para operación como para inversión, esto último a través de varios créditos internacionales a partir de los años 90. También se redujo la vulnerabilidad y volatilidad del gasto (Trejos, 2007) y se reformó la Constitución Política (1997) para establecer que el financiamiento estatal a la educación formal no puede ser inferior al 6% del PIB, mandato que aún no se ha cumplido pero que refleja la creciente importancia que se le esta asignando a este servicio suministrado por el estado. La preocupación por la calidad se constata en la introducción de la informática educativa (Fonseca, 1991); la introducción de pruebas estandarizadas de control de calidad y como requisito para avanzar a los niveles siguientes, incluida la prueba final (conocida como bachillerato) para concluir los estudios secundarios; la ampliación de los días lectivos; la preparación de textos; y el fortalecimiento de la enseñanza de otros idiomas.

³ La tasa bruta corresponde a matriculados en secundaria (de cualquier edad) como porcentaje de la población en edad de cursar esos estudios; la tasa neta solo considera a los matriculados dentro del rango de edad formal establecido para cursar esos estudios (13 a 17 años).

Gráfico 2

Costa Rica: evolución de las tasas brutas y netas de escolaridad en la secundaria. 1970-2006
(Cifras relativas)



Fuente: MEP.

Dado que el país no ha estado sujeto a pruebas internacionales estandarizadas de medición de la calidad, no existe un parámetro de referencia⁴. Sin embargo, se sabe que, pese a la mejoras, el reducido número de horas de atención, la falta de materiales adecuados, la preparación de los docentes cada vez más en manos de universidades privadas sin control de calidad, su contratación con amplia influencia política, y la propia centralización de la gestión, atentan contra la calidad. Si bien la centralización administrativa fue positiva en la etapa de ampliación de cobertura, ha limitado luego la calidad, pues se incurre en deseconomías de concentración y se fortalece a los sindicatos en su relación con el ministerio, hecho que genera gran inflexibilidad para introducir cambios en el sistema (Sanguinetti, 1988).

Los censos de población y las tasas de asistencia (porcentaje de población de cierto grupo de edad que está asistiendo a un centro educativo no determinado) permiten un acercamiento a la evolución de la cobertura en el mediano plazo. Si los grupos se arman en términos de la población meta de cada nivel educativo, permite una aproximación gruesa a las tasas netas de escolaridad, la cual complementa la información relativa a la población atendida por el sistema educativo⁵ (ver cuadro 1).

Cuadro 1

⁴ Solo se realizó una prueba regional en los 90. Costa Rica quedó entre los mejores países y mostró menores diferencias entre tipos de escuelas según nivel socioeconómico. Sin embargo, los resultados de la región fueron mediocres comparados con países desarrollados o del sudeste asiático (Larrañaga, 1997).

⁵ La entrada tardía a la escuela, más típica de zonas rurales, probablemente subestima la escolaridad en primaria, mientras que con la pérdida de cursos lectivos y su repetición, probablemente sobreestime las tasas de escolaridad de los jóvenes en secundaria.

Costa Rica: Tasas de Asistencia de la Población de 7 a 18 y brechas por sexo o zona
(Porcentajes)

Grupo de edad, zona y sexo	1927	1950	1963	1973	1984	2000
En edad de primaria (7 a 12 años)	46,9	68,6	84,3	90,8	91,4	95,7
Por zona						
Zona Urbana	62,9	86,9	92,9	95,3	96,0	97,4
Zona Rural	41,2	61,2	80,4	88,3	88,4	93,6
Brecha urbano / rural ¹	52,6	42,0	15,6	7,9	8,6	4,1
Por sexo						
Hombre	47,1	68,6	84,7	90,7	91,5	95,5
Mujer	46,7	68,7	83,9	90,8	91,3	95,9
Brecha hombre / mujer ²	0,7	-0,1	0,9	-0,2	0,2	-0,4
En edad de secundaria (13 a 18 años)	14,1	19,2	35,1	48,2	43,6	64,4
Por zona						
Zona Urbana	23,7	34,7	58,2	67,6	64,8	73,6
Zona Rural	10,3	11,7	22,3	34,2	29,4	52,0
Brecha urbano / rural ¹	130,3	197,4	161,6	97,8	120,0	41,4
Por sexo						
Hombre	14,8	20,2	37,7	49,0	43,7	63,2
Mujer	13,4	18,2	32,5	47,4	43,6	65,8
Brecha hombre / mujer ²	10,2	10,8	15,9	3,5	0,1	-3,9

1/ Porcentaje en que la tasa de asistencia urbana supera a la rural.

1/ Porcentaje en que la tasa de asistencia de los hombres supera a la de las mujeres.

Fuente: Estimaciones propias con base en los Censos de Población (INEC).

Con respecto a la población en edad escolar (de 7 a 12 años), a para inicios de los sesenta el 84% de los niños estaban asistiendo y en 1973 el 91% estaba asistiendo. La crisis económica de los ochenta revirtió los avances de los setenta, y desde entonces se inició una recuperación hasta llegar al 96% en el 2000, prácticamente completando la universalización. Las brechas por sexo son prácticamente inexistentes, lo que refleja que desde muy temprano, el acceso a la escuela no discriminó a las mujeres y sugiere que las escuelas mixtas fueron una práctica extendida desde tiempo atrás. Las brechas por zona sí eran importantes al inicio, de modo que la ampliación de la cobertura favoreció en mayor medida a las zonas rurales y a los grupos más pobres, pues la pobreza ha sido históricamente más extendida e intensa en las zonas rurales (Trejos, 2006a).

En el caso de la población en edad de asistir al colegio, las tasas no solo son más limitadas sino que las brechas son más marcadas aunque en descenso. En 1950, menos de un quinto de los jóvenes de 13 a 18 años estaba asistiendo a la educación formal, con amplias diferencias zonales de modo que la tasa de asistencia urbana (35%) casi triplicaba a la rural (12%). En las décadas siguientes, se dio un amplio aumento en la asistencia hasta el decenio de los setenta con reducciones de las brechas zonales de modo que la cobertura estuvo aumentando en mayor medida en las zonas rurales. No obstante, en 1973 la tasa de asistencia urbana casi duplicaba la rural. En 1984, cuando se observan ya los efectos de la crisis de la deuda, la asistencia resultaba menor a la de 1973 y con ensanchamiento de la brecha zonal. Vale decir, que la reducción en la cobertura afectó en mayor medida a los jóvenes rurales y probablemente más pobres. Posteriormente se produjo un fuerte repunte en la asistencia que favoreció marcadamente a las zonas rurales. Esto redujo la brecha zonal al 41%, que resulta aún cerca de diez veces más alta que la brecha zonal entre los niños de 7 a 12 años (edad de primaria). En este grupo de edad las mujeres sí estaban en cierta desventaja con respecto a los hombres, por lo menos hasta los años setenta. No obstante, estas brechas eran limitadas (cerca de un décimo de las brechas zonales), desaparecieron para el año 1984, y luego se tornaron negativas, mostrando una mayor asistencia de las mujeres con relación a los hombres.

Más recientemente es posible conocer la magnitud y evolución de las brechas con mayor detalle, incorporando ahora las socioeconómicas (aproximados con el ingreso familiar per cápita) y precisando las diferencias zonales poniendo la atención en las diferencias entre las zonas más urbanas (de la región central del país) y las zonas más rurales y alejadas (de las regiones periféricas). El cuadro 2 presenta estas tasas para grupos de edad relevantes y para personas en hogares ubicadas en los extremos de la distribución del ingreso, en las áreas geográficas opuestas y por sexo. Los grupos de edad relevantes son los de edad preescolar (5 y 6 años), los de edad escolar (7 a 12 años), y los de edad colegial separados en los equivalentes a cada ciclo de secundaria, pues la reducción de la asistencia es creciente y significativa a partir de los 12 años. Globalmente se produce una mejora en la asistencia entre esos tres años entre los diferentes grupos y, en mayor medida, entre los más rezagados. Así, las brechas se cierran, aunque siguen siendo significativas sobre todo entre los jóvenes de 16 a 18 años, con edad para cursar el cuarto ciclo diversificado.

Para los niños en edad preescolar, en 1987, la asistencia era reducida, aunque el estrato más rico casi duplicaba y la zona más urbana duplicaba la tasa de asistencia rural, en tanto que por sexo las diferencias eran mucho menores pero a favor de los hombres. Los esfuerzos por universalizar la educación preescolar se acrecientan a partir de los años noventa de modo que para el 2006, estas diferencias zonales y por estratos se han reducido y las mujeres aparecen en mejor situación. La brecha se cierra más entre zonas, aunque las tasas de asistencia de niños/as de zonas rurales de regiones periféricas del país son similares a la de los/as pobres en su conjunto. Esto significa la presencia de determinantes tanto por el lado de la demanda (pobreza) como por el de la oferta (zonas rurales).

Cuadro 2

Costa Rica: Tasas de asistencia según edad por estrato, zona y sexo. 1987 - 1996 - 2006

(Porcentaje de la población de referencia, excluye educación abierta)

Estrato, zona y sexo	De 5 y 6 años			De 7 a 12 años			De 13 a 15 años			De 16 a 18 años		
	1987	1996	2006	1987	1996	2006	1987	1996	2006	1987	1996	2006
Total país	29	59	83	95	97	99	60	73	83	36	53	60
Por estrato ¹												
20 % más rico	42	66	98	98	100	100	84	93	99	56	73	85
20% más pobre	22	45	76	92	94	98	48	61	77	23	36	54
Brecha rico / pobre ²	85	48	28	7	6	2	75	53	29	145	102	59
Por zona												
Región Central Urbana	39	74	88	97	98	99	84	88	90	55	67	66
Resto del País Rural	19	43	76	91	95	98	45	61	76	22	37	49
Brecha urbano / rural ²	104	73	17	7	4	1	88	43	19	149	81	37
Por sexo												
Hombre	31	60	82	94	97	99	61	73	83	34	48	59
Mujer	27	58	84	95	97	99	58	74	84	39	58	62
Brecha hombre / mujer ²	14	2	-2	0	1	0	4	-2	-2	-13	-17	-5

1/ Las familias son ordenadas de menor a mayor según su ingreso familiar per cápita y agrupadas en cinco estratos del 20%.

2/ Porcentaje en que la tasa de asistencia del primer grupo supera la del otro grupo.

Fuente: Estimaciones propias con base en EHPM (INEC).

La asistencia entre los niños en edad escolar (7 a 12 años) es casi del 100%; las diferencias entre estratos, zonas y sexo son mínimas; y con brechas en reducción. El problema no es de acceso sino de aprovechamiento y calidad del servicio. Como el acceso a la educación preescolar facilita el aprovechamiento de la educación primaria, estos resultados indican que los pobres y residentes rurales siguen en una situación de desventaja con relación a los que no lo son

Para el grupo de 13 a 15 años, en 1987 las tasas de asistencia eran el doble de las de preescolar, pero en el 2006 son similares. No obstante, se mantienen las brechas en magnitud y evolución: las mayores entre los jóvenes de 16 a 18 años. En este grupo etareo, a pesar de los aumentos en la asistencia, cerca de la mitad de jóvenes de hogares pobres o de zonas más rurales, se encuentran fuera del sistema. Aunque la brecha regional se ha cerrado más que la brecha por estratos, aún los jóvenes de las zonas más rurales muestran una tasa de asistencia (49%) inferior a la de los ubicados en el estrato pobre (54%), lo que sugiere que el determinante de oferta parece ser importante. Por otra parte, las tasas de asistencia de los jóvenes del quintil más rico son mayores que la de los jóvenes de las zonas más urbanas señalando que el estrato socioeconómico también tiene un papel explicativo. En este grupo, las mujeres muestran mayor asistencia en los tres años.

Las tasas de asistencia tienen la limitación de que no incorporan el nivel al que se está asistiendo. Una mayor tasa entre jóvenes de 13 a 15 años puede deberse más a un mayor rezago en concluir estudios primarios, que a un aumento en la cobertura secundaria. El logro educativo resume el

acceso, la repetición continuada, y la deserción, a partir del porcentaje de estudiantes que completan cada ciclo educativo. Para un período de 19 años, las encuestas de hogares permiten conocer cuántos estudiantes han completado cada ciclo educativo al cumplir cierta edad, lo que además incluye los efectos de la cobertura efectiva del sistema educativo y permite analizar la inequidad vinculada con la ineficiencia del sistema educativo, en tanto a mayor pobreza, mayor probabilidad de fracasar en el sistema educativo, evidenciando además la importancia de las restricciones de demanda en los resultados alcanzados (ver cuadro 3)⁶.

Globalmente, los indicadores muestran una mejora en la eficiencia del sistema: cada vez un porcentaje mayor logra completar cada ciclo escolar. A su vez muestra las grandes diferencias en la eficiencia interna por nivel educativo: en el 2006, el 89% de los estudiantes completaba la primaria contra solo un 42% la secundaria.

En materia de brechas por estrato de ingreso, zona y sexo, estas son mayores por estrato que por zona sugiriendo que las restricciones por el lado de la demanda (estrato socioeconómico – clima educativo del hogar) son mayores que por el lado de la oferta (zona). No obstante, estos efectos se multiplican entre sí, de modo que los pobres de las zonas más rurales estarían en la peor situación. Segundo, estas brechas aumentan conforme se pasa a ciclos educativos superiores. Por ejemplo, en el 2006, la diferencia entre los estudiantes de las familias de mayores ingresos y menores ingresos fue del 22% en primaria, un poco más del doble en el tercer ciclo, y casi cuatro veces en la secundaria completa. Además, se observan ampliaciones de estas últimas dos brechas hacia mediados de los años noventa que luego empiezan a cerrarse nuevamente. Finalmente, las diferencias por sexo de los estudiantes son menores, y las mujeres aparecen con mejores indicadores de logro, indicando que las características del estudiante también cuentan.

Estas diferencias en el logro educativo son claves para determinar hasta qué punto el acceso a los SSB está creando capacidades para romper el círculo reproductor de la pobreza. La respuesta parece ser que no: mientras casi la totalidad de niños/as pobres asiste a la escuela (cuadro 2), en el 2006 solo cerca de un 20% la completa satisfactoriamente; solo un 39% completa la educación básica; y sólo un 18% completa la secundaria. Si se acepta que ese es el nivel mínimo de educación para salir de la pobreza, sin considerar las diferencias de calidad, pese a aumentos en cobertura y mejoras en el logro educativo durante la última década, la educación estaría permitiendo una escasa movilidad a los miembros de los hogares pobres.

⁶ Se toman dos grupos de edad para aumentar el tamaño de la muestra y se considera una edad que permita captar a los que logran completar cada ciclo lectivo con rezago.

Cuadro 3

Costa Rica: Población que completa al menos cada ciclo educativo por estrato, zona y sexo.
(Porcentaje de la población de referencia)

Estrato, zona y sexo	Educación primaria ²			Educación básica ³			Educación Secundaria ⁴		
	1987	1996	2006	1987	1996	2006	1987	1996	2006
Total país	77	82	89	32	44	51	30	33	42
Por estrato ¹									
20 % más rico	97	97	99	52	77	82	56	62	71
20% más pobre	63	68	81	22	25	39	12	12	18
Brecha rico / pobre	54	42	22	140	211	111	380	417	288
Por zona									
Región Central Urbana	88	88	90	51	58	58	47	50	53
Resto del País Rural	66	73	83	17	27	38	14	12	21
Brecha urbano / rural	33	20	9	210	119	55	237	310	149
Por sexo									
Hombre	74	81	86	27	37	47	27	31	38
Mujer	80	84	91	38	50	56	32	35	46
Brecha hombre / mujer	-8	-3	-5	-27	-26	-15	-15	-12	-16

1/ Las familias son ordenadas de menor a mayor según su ingreso familiar per cápita y agrupadas en cinco estratos del 20%.

2/ Corresponde a la personas de 14 y 15 años que lograron completar al menos seis años de educación general.

3/ Corresponde a la personas de 17 y 18 años que lograron completar al menos nueve años de educación general.

4/ Corresponde a la personas de 20 y 21 años que lograron completar al menos la educación secundaria.

Fuente: Estimaciones propias con base en encuestas de hogares, INEC.

Estos datos sugieren que el ambiente del hogar y de la comunidad en que se reside impacta significativamente en el rendimiento educativo. Esto requeriría de políticas que compensen esas limitaciones y demanda medidas mas allá de la transferencia de dinero (becas). Por ejemplo, requiere de una atención más temprana e intensa a niños/as de zonas pobres y con apoyo adicional a los padres. A través del programa PROMECUM el Ministerio de Educación Pública atiende escuelas en zonas pobres mediante equipos interdisciplinarios de atención a las familias. Este va en la dirección correcta pero debería acompañarse de una intervención más temprana, a través de los centros infantiles (CEN-CINAI) del Ministerio de Salud y de un apoyo más intenso (más horas escuela) y de mejor calidad. Esto demandaría de una asignación de recursos inversamente proporcional al grado de pobreza de la comunidad adonde se encuentra el centro educativo.

Los servicios de atención de la salud

La participación estatal en salud comenzó en la década de 1920 con la creación del Ministerio de Salud (1927) y el Banco de Seguros (1924) para la protección de los riesgos del trabajo. Previamente, las acciones en el campo médico estaban a cargo de una subsecretaría (viceministerio), y se limitaban a la asistencia médica que brindaban instituciones de caridad y algunas acciones simples orientadas al control de ciertas epidemias (Rosero, 1983; Miranda, 1988). La creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en 1941 le dio un nuevo impulso al establecer un seguro de salud, inicialmente para los asalariados de los principales centros urbanos con financiamiento tripartito (empleado, empleador y estado), pero que sienta las bases para su posterior ampliación de la cobertura (ver capítulo 3).

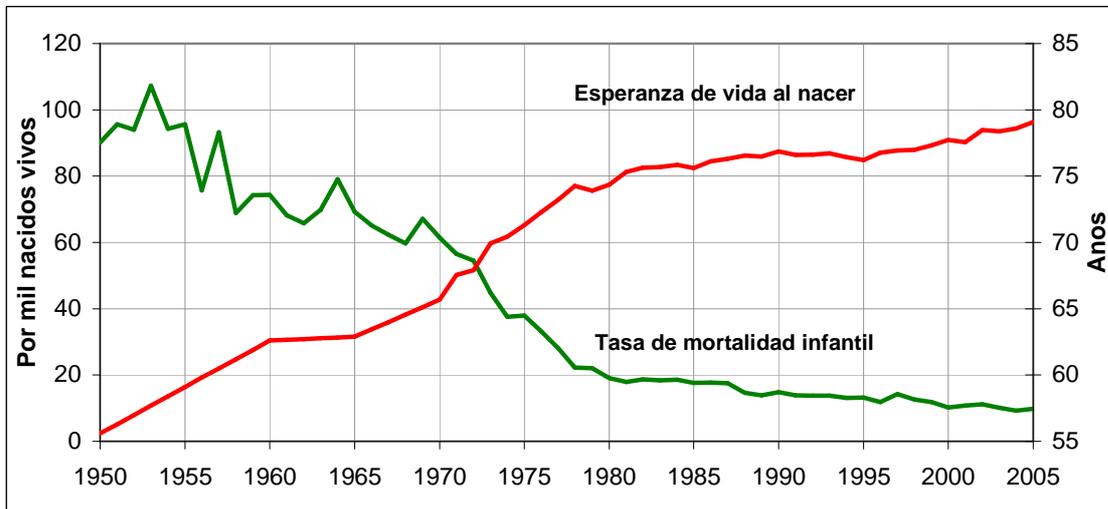
Durante las décadas de 1950 y 1960 los servicios de salud públicos se expandieron paulatinamente. Con la Constitución Política de 1949 se reafirmó el papel de la CCSS como institución encargada de los seguros sociales solidarios y universales y se despejó el camino para la expansión de su cobertura. Primero se extendieron los servicios a todas las áreas urbanas y a las zonas cafetaleras del valle central y posteriormente (1956) se introdujo la cobertura familiar, obligatoria para la esposa o compañera, para los hijos menores de 12 años y para los padres si fueran dependientes del asegurado directo. En la década de los años sesenta se produjo una reforma constitucional (1961) que puso el plazo de 10 años para universalizar el servicio de salud, lo que promovió la ampliación de la oferta de servicios por parte de la institución, la ampliación de los topes de cotización, y la sustitución del uso de proveedores privados por servicios prestados directamente por la institución a través de personal profesional graduado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica (creada en 1960).

El Ministerio de Salud modificó su ley Orgánica en 1951 y creó la Dirección General de Salud, encargada de la medicina preventiva y la Dirección de Asistencia Médico Social, incluido un Consejo Técnico, que a través de las Juntas de Protección Social ofrecía asistencia médica y hospitalaria, de dudosa calidad (Rosero, 1983:39) a personas de escasos recursos económicos. El Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS), administraba los recursos financieros de todos los hospitales públicos (manejados por las Juntas de protección Social), recursos que provenían de rentas especiales, la lotería nacional y del presupuesto del gobierno central.

El gráfico 3 presenta la evolución de dos indicadores de resultado de las políticas de salud desde 1950: la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad infantil. Ambos indicadores reflejan mejoras en las dos primeras décadas, con mayor volatilidad en la tasa de mortalidad infantil, atribuibles tanto a las políticas de salud como al desarrollo de tecnologías de bajo costo y alta eficiencia para el control de las enfermedades transmisibles y las infecciones (Rosero, 1983).

Gráfico 3

Costa Rica: Evolución de la esperanza de vida al nacer y de la tasa de mortalidad infantil
(Tasa de mortalidad por mil y esperanza de vida en años)



Fuente: Elaboración propia con base a INEC, Ministerio de Salud y Centro Centroamericano de Población.

En la década de 1970 se produjo una amplia reforma buscando un uso más eficiente y equitativo de los recursos a través de la especialización de funciones y la expansión de la cobertura. En esta década se elaboró el Primer Plan Nacional de Salud (1971), que contemplaba como objetivos: la creación de un sistema nacional de salud, la cobertura nacional de los programas de atención primaria por parte del Ministerio de Salud y la universalización de la atención médica para toda la población por parte de la CCSS. Este plan se desarrolló entre 1971 y 1974 y luego se extendió hasta 1980. Para lograr estos objetivos se promulgó la Ley General de Salud (1973) y se reformaron la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973) y de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (1971) para que esta pudiera cubrir a los trabajadores independientes, atender a la población pobre y romper paulatinamente los toques de cotización y de esta manera incorporar solidariamente a los asalariados de mayores ingresos.

También se aprobó en 1973 la ley para traspasar todos los hospitales del Ministerio de Salud y de las Juntas de Protección Social a la CCSS. Los 24 hospitales del Ministerio de Salud, administrados por las Juntas de Protección Social, y los tres hospitales de la Compañía Bananera pasaron gradualmente a la Caja, proceso que concluyó a mediados de los años ochenta. Mientras que en 1970 el 77% de los hospitales y el 81% de las camas y egresos estaba bajo el mando del Ministerio de Salud, quince años más tarde, la CCSS administra ya el 85% de los hospitales, el 95% de las camas y el 96% de los egresos hospitalarios (Miranda, 1988). En este período, el sector privado tuvo un papel limitado en la prestación de servicios hospitalarios y se redujo al pasar a la CCSS los hospitales administrados por las compañías bananeras. En 1970 solo un 4% de las camas, y probablemente de los egresos, eran privados, y en 1986 solo el 2% de las camas hospitalarias y menos del 3% de los egresos.

La atención ambulatoria tenía un perfil institucional más repartido. En 1970, dos tercios de las consultas estaban ya en manos de la CCSS. Quince años más tarde, la Caja ofrecía el 90% de las consultas, en un contexto en que las consultas por habitante se habían expandido un 55% al pasar de 1,95 al 3,03 (Miranda, 1988). Producto de estas políticas, la cobertura del seguro de salud de la CCSS pasó del 47% en 1970 al 84% en 1979 (Seligson, et al., 1997). Para la expansión de la cobertura de la atención primaria, el Ministerio de Salud, aprovechando la experiencia en programas de erradicación de la malaria, emprendió los programas de salud rural (1973) y de salud comunitaria (1976) con inmunización, alimentación complementaria, planificación familiar, letrización y saneamiento ambiental. Al final de los años 70 estos programas atendían cerca del 60% de la población rural y urbana del país, particularmente la de menores recursos económicos⁷. Con la creación del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) en 1974 se logró canalizar recursos adicionales a los programas de atención primaria del Ministerio de Salud, incluidos los programas de nutrición.

La prestación de los servicios de salud a población que no había tenido acceso, permitió reducir la mortalidad en general y la infantil en particular, asociadas con las enfermedades infectocontagiosas. Hasta ese momento, aunque el país disfrutaba de indicadores de resultado en el ámbito de la salud que lo ubicaban por encima de la media latinoamericana, estos índices evolucionaban con la misma tendencia y asociados fuertemente a la evolución económica y debido a la incorporación de la nueva tecnología sanitaria de bajo costo y alta efectividad (vacunas, antibióticos e insecticidas). Pero partir de los años setenta, se produjo un extraordinario descenso en la mortalidad infantil y aumento en la esperanza de vida al nacer, separándose del patrón regional y acercándose a los índices alcanzados por los países desarrollados (ver gráfico 3). Rosero (1983) muestra que la reducción de la mortalidad infantil (de 67 a 21 por mil niños nacidos vivos) en los años setenta, se explican en un 41% por los programas de atención primaria y en un 32% por la atención secundaria, reflejando claramente y por primera vez, los resultados de las políticas de salud. Como este descenso favoreció en mayor medida a las poblaciones más pobres, se logró romper con otro patrón regional como lo es el de las fuertes diferencias de mortalidad por nivel socioeconómico (Rosero, 1985).

Este quiebre del patrón regional se puede observar claramente en el cuadro 4 que se ha construido a partir de información geográfica y que incorpora información sobre dos indicadores básicos de resultado del sector, a saber, la tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad de los menores de cinco años. Como las encuestas de hogares no indagan sobre variables que permitan estimar la mortalidad, se ha recurrido a las estadísticas vitales por distrito administrativo (unidad territorial administrativa más pequeña y que son alrededor de 460). Con información proveniente del censo de población del año 2000, Carmona et al. (2005) estimaron los ingresos medios y la incidencia de la pobreza por distrito. Con esta información los distritos se han ordenado por grado de pobreza y se han separado en cinco grupos de manera que cada uno incluya alrededor del 20% de la población del país en el año 2000. Así, el quintil más pobre representa el 20% de la población que reside en los distritos con mayor incidencia de pobreza y el quintil más rico corresponde al 20% de la población nacional que vive en los distritos con menor extensión de pobreza por ingresos en el año 2000. Del mismo modo se agrupan los distritos según la región y el grado de urbanización en el año 2000, este último organizado en cuatro grupos: distritos urbanos (total población urbana), semiurbanos (más de la mitad de la población urbana),

⁷ Para una evaluación de estos programas ver Seligson, et al. (1997) y Rosero (1983; 1985).

semirurales (la mitad o mas de la población rural) y rurales (toda la población rural). Considerando los extremos (distritos totalmente urbanos o rurales) y las regiones se construye el indicador para las zonas urbanas de la región central y para las zonas rurales del resto del país o regiones periféricas.

Cuadro 4

Costa Rica: Indicadores de logro en salud por estrato y zona.
(Tasas por mil y brechas en porcentajes)

Estrato y zona	Tasa de mortalidad infantil					Tasa de mortalidad de menores de cinco años				
	1972	1980	1987	1996	2007	1972	1980	1987	1996	2007
Total país	53	20	18	12	10	67	23	21	14	12
Por estrato ¹										
20 % más rico	35	18	15	11	9	40	20	17	12	11
20% más pobre	60	20	20	13	11	83	26	24	16	13
Brecha pobre / rico	72	14	33	27	23	108	33	39	31	26
Por zona ²										
Región Central Urbana	37	17	15	12	10	43	19	17	13	11
Resto del País Rural	59	19	19	12	10	82	25	23	14	12
Brecha rural / urbano	59	13	30	4	3	92	33	34	9	7

1/ La población se ordena en quintiles según el grado de pobreza por ingreso del distrito en que residen.

2/ Corresponde a la población que residen en distritos donde su población en año 2000 era totalmente urbana (región central) o rural (resto del país).

Fuente: Cálculos del autor con base en las estadísticas vitales del INEC - CCP.

La información del cuadro 4 corrobora que el cierre de las brechas y la mayor reducción de la mortalidad infantil, y de los menores de cinco años, se produce en el decenio de los setenta.⁸ Para mediados de los años (1987), las brechas zonales y por estrato de ingreso tienden a aumentar producto de un estancamiento (mortalidad infantil) o menor mejora (mortalidad menores de cinco años) de los residentes en los distritos mas pobres o rurales. Posterior a la crisis de la deuda, las mejoras en estos estratos se aceleran de modo que las tasas tienden a converger. Las brechas en la tasa de mortalidad de los menores de cinco años, más afectadas que la tasa de mortalidad infantil por factores socioeconómicos, que por los servicios de salud, se mantienen por encima de estas últimas pero con la misma tendencia. Una visión mas panorámica para todo el periodo, grafico 4 referido a la tasa de mortalidad infantil, muestra que el repunte de las brechas hacia el 2007 es mas puntual o coyuntural que un cambio de tendencia y permite destacar como en los peores años de la crisis de la deuda, los grupos mas pobres o rurales no se vieron particularmente afectados negativamente en estos indicadores.

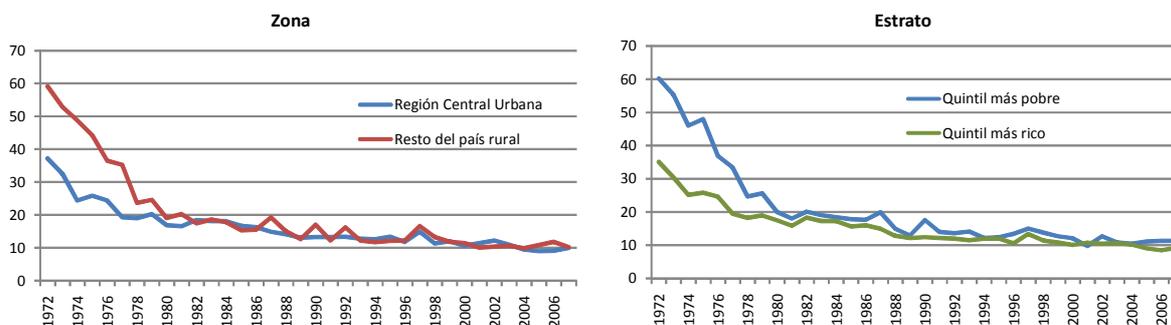
⁸ Solo se contó con información por distrito a partir de 1972. Para años previos existía información sobre defunciones pero no sobre nacimientos.

La crisis de inicios de los años ochenta, encontró a los servicios de salud en la etapa de consolidación de las transformaciones estructurales y los afectó fuertemente mediante de la reducción de recursos reales que redujeron la cobertura, particularmente en la atención primaria, y la calidad de los servicios, al restarse recursos para gastos de operación, mantenimiento y mejoras en la infraestructura. Como en educación, la reducción de los salarios reales buscó compensarse con reducciones de jornadas que redujeron la oferta de servicios. A la Caja, el estarse haciendo cargo de los hospitales en un contexto de recursos reales decrecientes, le generó una fuerte crisis financiera enfrentada con el aumento de las contribuciones al seguro de salud (1983), lo cual apuntaló el gasto social en salud y lo hizo menos vulnerable que el destinado a servicios básicos de educación (Trejos, et al., 1994; Sauma y Trejos, 1999).

Gráfico 4

Costa Rica: Evolución de la tasa de mortalidad infantil y de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años.

(Tasa de mortalidad por mil nacidos vivos)



El estar el financiamiento de los principales servicios de salud fuera del presupuesto del gobierno central y con dependencia de impuestos sobre las planillas, explica esa menor vulnerabilidad, pero el aumento de las cargas sociales en plena crisis económica, refleja también el fuerte compromiso político existente en torno a la prestación pública de los servicios de salud y su amplia aceptación entre la población y entre el sector empresarial, quizás apoyado por el buen desempeño de la década previa. Por el contrario, los servicios de educación básica, dependientes del presupuesto del gobierno central no contaron con la misma suerte, tanto por la disciplina fiscal que requería el restablecimiento de las relaciones financieras con el exterior (renegociación de la deuda externa), como por tener que competir por recursos con otros servicios que contaban con una mayor voz por su capacidad de movilización (educación superior).

La crisis económica detuvo, pero no revertió, la mejora en los indicadores de resultado (ver gráficos 3 y 4) y estimuló el ensayo de nuevos modelos de atención que permitieran disminuir costos y aumentar la eficiencia. Surgieron así programas que recurrieron a proveedores privados en el seguro de salud como médico de empresa, medicina mixta y cooperativas médicas, junto a esfuerzos por integrar los servicios de atención ambulatoria de la CCSS y el Ministerio de Salud. Estos programas han sido de limitada cobertura, aunque han mostrado algunos resultados en la

reducción de costos y aumento de la eficiencia, pero solo el de las cooperativas médicas es relevante para la población de escasos recursos económicos (Mesa-Lago, 1992). Superada los principales efectos de la crisis económica, los indicadores de resultado volvieron a mejorar.

En los primeros años de la década de los años noventa se inició la última transformación estructural en la prestación de los servicios cuando se trasladaron los servicios de atención primaria del Ministerio de Salud a la CCSS y se dejó al primero en labores de rectoría y coordinación. Así, se promovió un modelo de atención más promocional, adaptado al nuevo perfil epidemiológico de la población, y capaz de enfrentar los crecientes costos asociados a enfermedades crónico-degenerativas, propias de poblaciones más longevas. También se buscó aumentar la eficiencia, reemplazando la asignación histórica por las relacionadas con objetivos, así como mecanismos de desconcentración administrativa. La centralización, al igual que en educación, si bien fue oportuna en estadios previos, empezó a generar deseconomías. No obstante, en salud, la desconcentración de actividades como la compra de medicamentos y equipos y la contratación de servicios privados sin un marco normativo adecuado, le quitan poder de mercado como comprador (monopsonio) y reduce las economías de escala. Paralelamente no evita, y más bien promueve, prácticas no siempre legales o éticas, que terminan por incrementar los gastos sin una contraprestación en la cantidad y calidad de los servicios ofrecidos (Martínez y Mesa-Lago, 2003; Garnier, 2006). El principal desafío hacia el futuro es cómo financiar los costos que representan la atención de una demanda por servicios de salud para una población en rápido proceso de envejecimiento y con una alta esperanza de vida.

El suministro de agua para consumo humano

Uno de los factores más decisivos para la salud es el suministro de agua potable para consumo humano y el tratamiento adecuado de aguas residuales. En materia de agua potable, hasta los años cincuenta, el gobierno central construía la infraestructura, que se traspasaba a las municipalidades para su administración. Estas cobraban tarifas que, si acaso, cubrían los costos de operación, pero no de mantenimiento, reposición ó ampliación. La mayoría de las cabeceras de cantón llegaron a tener su sistema de agua y las ciudades principales su sistema de evacuación de las aguas servidas incluyendo tratamiento (ICAA, 2003). La población urbana estaba bien atendida pero la población rural de zonas alejadas o dispersas no. En 1950 solo el 44% de la población costarricense contaba con agua por cañería, no necesariamente potable (Mora y Feoli, 2007), y durante ese decenio el sistema colapsó, dado que las inversiones fueron insuficientes frente al acelerado crecimiento poblacional y de su dispersión espacial.

Las pocas plantas de tratamiento de aguas negras fueron abandonadas y las descargas se hicieron directamente a los ríos. Se abandonó la idea de construir nuevos sistemas de alcantarillado sanitario o de extender los existentes y se extendió el uso del pozo negro ó tanque séptico. En materia de agua, se dejaron de hacer obras para agregar más caudal y solamente se extendieron las redes para compartir la poca agua existente con las nuevas urbanizaciones, empeorando la situación. Los escasos recursos existentes iban a las ciudades con problemas más críticos y se paralizaron los programas para llegar a las poblaciones sin servicios. La mayoría de las ciudades importantes tuvieron racionamiento del servicio de agua (ICAA, 2003) y la creciente escasez en el suministro afectó fuertemente al área metropolitana del país (AMSJ).

Frente a esta situación agrupó dependencias responsables de los servicios de agua y alcantarillado bajo un único ente público autónomo: el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados (AyA) en 1961, hoy Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)⁹. Durante la primera mitad de los sesenta, el ICAA se enfocó en el suministro de agua del AMSJ, asumiendo e interconectando acueductos y aumentando el caudal de agua de la zona. Resuelta la emergencia del AMSJ, durante la segunda mitad de los sesenta y hasta 1973, se amplió el alcantarillado sanitario y se estableció un programa de acueductos y alcantarillados sanitarios urbanos, comenzando con las once ciudades con mayores problemas y cuyas municipalidades aceptaron delegar en el ICAA la solución. Además, la expansión de acueductos rurales, parcialmente financiados desde el exterior, benefició a cerca de mil comunidades rurales. Dado que eran pequeñas comunidades, en lugar de alcantarillado sanitario se creó el programa de letrización del Ministerio de Salud, el cual contemplaba la participación de las propias comunidades, tanto en la construcción como en la posterior operación mediante un sistema de administración contratada con juntas locales (1965).

Paralelamente, se sentaron las bases de un sistema tarifario que cubriera costos y permitiera la reposición y ampliación de la red. La responsabilidad se le asignó al Servicio Nacional de Electricidad (SNE), ente encargado de establecer las tarifas en electricidad y telecomunicaciones. Mientras se alcanzaba el autofinanciamiento se contaba con una subvención del gobierno central, posteriormente destinada a pagar el préstamo obtenido para los acueductos rurales.

Mientras que en los setenta hubo grandes transformaciones en educación y salud, en el suministro de agua hubo un estancamiento e incluso retrocesos de lo logrado en los sesenta (ICAA, 2003). Por ejemplo, aunque los acueductos rurales se fortalecieron con los recursos adicionales del FODESAF, en 1975 se aprobó el traspaso de los acueductos rurales a los comités locales que los administraban, perdiéndose el patrimonio y las posibilidades de velar por su adecuado mantenimiento. Asimismo, se debilitó la política de asumir nuevos acueductos municipales y cuando se hizo no se tuvo la capacidad de mejorarlos e incluso algunos se devolvieron. En 1978 el ICAA creó un Fondo Rotatorio de Acueductos Urbanos, para financiar a las municipalidades, las cuales no pagan o pagan con retrasos pues mantienen tarifas que no les permiten cubrir los costos¹⁰.

Así, desde 1973 se han realizado tres obras importantes en el área metropolitana, financiadas con préstamos del exterior y con aportes del gobierno central. Son la segunda etapa del alcantarillado sanitario, la segunda etapa del acueducto (Proyecto Orosi), y el inicio de su tercera etapa. Desde 1974, se ha avanzado muy poco, realizándose algunas obras imprescindibles, como la reconstrucción del acueducto y alcantarillado de Limón, destruidos por un terremoto, y la conclusión de obras ya iniciadas.

En 1963 el 67% de la población contaba con agua por cañería, lo que se traducía en un acceso casi universal en el ámbito urbano y una cobertura cercana la 50% en el medio rural (cuadro 5). Durante las dos décadas siguientes se lograron avances importantes en la cobertura de agua por

⁹ El ICAA se creó para administrar un proyecto de ampliación del acueducto metropolitano financiado por el Gobierno de EEUU a condición de que se creara un ente autónomo que ejecutara el proyecto y lo administrara posteriormente incluyendo el pago de la deuda. En su diseño participó la OPS.

¹⁰ En 1996 la ARESEP reemplazó a la SNE.

acueducto en las zonas rurales, beneficiando a los que no tenían acceso. En 1984, ya el 73% de la población rural contaba con agua por cañería. Desde entonces, y asociado a los efectos de la crisis en las finanzas del ICAA y de los municipios, se observan limitados avances, las brechas zonales se mantienen, y cerca de una cuarta parte de la población rural carece hoy de agua por acueducto.

Cuadro 5
Costa Rica: Población según disponibilidad del servicio de agua
(Cifras absolutas en miles y relativas en porcentajes)

Zona y fuente	1963	1973	1984	2000
Población total (miles)	1.320	1.872	2.417	3.810
% población urbana ¹	34,7	40,6	50,4	59,0
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
Por acueducto	66,8	77,4	86,0	88,9
Pozo o fuente pública	7,1	9,4	8,5	5,7
Otro o no tiene ²	26,1	13,2	5,5	5,4
Zona Urbana	100,0	100,0	100,0	100,0
Por acueducto	98,2	98,2	98,5	98,5
Pozo o fuente pública	0,4	0,9	1,1	1,1
Otro o no tiene ²	1,3	0,9	0,4	0,4
Zona Rural	100,0	100,0	100,0	100,0
Por acueducto	50,2	63,2	73,3	75,1
Pozo o fuente pública	10,6	15,2	16,1	12,3
Otro o no tiene ²	39,2	21,6	10,7	12,7
Brecha acueducto U/R	95,5	55,4	34,4	31,2

1/ A partir de 1984 incluye la periferia urbana.

2/ Incluye medios tradicionales como el agua de los ríos, quebradas, acequias o lluvia.

Fuente: Censos Nacionales de Vivienda, INEC.

En materia de alcantarillado, después de más de cuarenta años de existencia del ICAA, todavía se están lanzando a los ríos las aguas negras crudas, siendo la principal fuente de contaminación del AMSJ. El tratamiento de las aguas residuales se ha traspasado a los hogares, debiendo estos construir tanques sépticos que, además de aumentar los costos habitacionales, conlleva grandes riesgos de contaminación de los acuíferos. Como lo muestra el cuadro 6, en 1963, cerca de la mitad de la población (47%) utilizada letrina o pozo negro, y el 26% carecía de algún sistema adecuado. Solo un 11% de la población tenía alcantarillado público y, aunque se duplicó en esos casi 40 años, fue debido al aumento de la población urbana, particularmente en el AMSJ. Durante ese período, en las zonas urbanas solo cerca de un tercio de la población contó con acceso al alcantarillado público, sin mayores cambios, en tanto que fue, y sigue siendo, un servicio inexistente en el ámbito rural y en las zonas urbanas intermedias.

Cuadro 6

Costa Rica: Población según sistema eliminación aguas residuales
(Cifras absolutas en miles y relativas en porcentajes)

Zona y fuente	1963	1973	1984	2000
Población total (miles)	1.320	1.872	2.417	3.810
% población urbana ¹	34,7	40,6	50,4	59,0
Total País	100,0	100,0	100,0	100,0
Alcantarilla pública	11,4	13,1	17,3	20,8
Tanque séptico	15,5	27,9	46,5	68,0
Pozo negro o letrina	46,8	46,3	32,2	9,4
Otro o no tiene	26,3	12,7	4,1	1,8
Zona Urbana	100,0	100,0	100,0	100,0
Alcantarilla pública	32,4	32,3	34,0	34,9
Tanque séptico	29,0	42,3	53,5	61,1
Pozo negro o letrina	36,1	22,8	11,2	2,5
Otro o no tiene	2,5	2,6	1,3	1,5
Zona Rural	100,0	100,0	100,0	100,0
Alcantarilla pública	0,3	0,0	0,3	0,4
Tanque séptico	8,4	18,0	39,4	77,9
Pozo negro o letrina	52,4	62,4	53,4	19,3
Otro o no tiene	38,8	19,6	6,8	2,3

1/ A partir de 1984 incluye la periferia urbana.
Fuente: Censos Nacionales de Vivienda, INEC.

En 1963, el uso del tanque séptico era limitado: solo un 16% de la población contaba con este sistema, el cual a lo largo el período se volvió el medio principal (68% de la población). Esta expansión, asociada con un creciente acceso a agua por cañería en las viviendas urbanas, implicó una sustitución paulatina del uso de la letrina o pozo negro, en tanto que el área rural primero se pasó de medios menos adecuados a la letrina y solo posteriormente, de la letrina al tanque séptico. Si bien esta expansión del uso del tanque séptico implicó una mejora en las condiciones sanitarias que contribuyó a la de la salud (Rosero, 1985), representa un peligro de contaminación de los mantos acuíferos a mediano y largo plazo.

Esta evolución de la cobertura ha sido diferencial entre zonas del país, pero también según el nivel socioeconómico de los hogares. La Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIG) del 2004 permite valorar avances de cobertura de ambos sistemas por estratos de ingreso. Esto también permite ver la cobertura del sistema de acueductos por tipo de proveedor. El cuadro 7 muestra los resultados poniendo la atención en los quintiles extremos y en el quintil intermedio, así como en las zonas.

Cuadro 7

Costa Rica: Población según servicio de agua y alcantarillado por estrato y zona. 2004
(Cifras relativas)

Tipo de sistema de provisión	Población total	Estrato de ingreso familiar per cápita			Zona de residencia	
		20% más pobre	20% intermedio	20% más rico	Urbana	Rural
Sistema abastecimiento agua	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Por acueducto ¹	89,5	79,0	93,3	96,4	96,5	78,6
ICAA	45,2	31,6	48,8	60,6	64,7	15,1
Municipios	17,0	8,7	20,3	19,4	21,5	10,1
ASADAS	22,5	36,6	17,7	8,2	3,7	51,6
Empresa o cooperativa	4,7	2,1	6,6	8,1	6,6	1,9
Pozo	4,5	9,2	2,7	1,9	0,7	10,4
Río, naciente o quebrada	4,1	7,4	2,9	1,7	0,1	10,4
Otro	1,9	4,5	1,0	0,0	2,7	0,5
Sistema eliminación excretas	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Alcantarilla pública	22,5	11,8	23,3	42,2	34,6	3,9
Tanque séptico	71,3	68,5	75,3	57,7	63,3	83,6
Pozo negro o letrina	5,7	18,5	1,1	0,1	1,5	12,1
Otro o no tiene	0,5	1,1	0,3	0,0	0,6	0,4

1/ Los proveedores son el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA), la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH), los municipios y las asociaciones administradoras de acueductos rurales (ASADAS).

Fuente: Elaboración del autor con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIG) del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

Un 79% de la población perteneciente al 20% de los hogares más pobres reciben agua por acueducto, lo cual refleja una alta cobertura a partir de la expansión de los acueductos rurales. No obstante, cerca del 12% no cuentan con sistema alguno y un 9% obtiene el agua de pozos. Entre el 20% más rico, la prestación es principalmente mediante el ICAA, la cobertura es del 96%, y alcanza al 98% incluyendo el uso del pozo. En los estratos medios, la cobertura es alta (93%), el ICAA sigue predominando, aunque los municipios adquieren cierta importancia como proveedores. Estos sugiere una concentración del estrato más rico en el AMSJ y del estrato intermedio en las ciudades intermedias.

En materia de eliminación de excretas, la población pobre utiliza el tanque séptico como medio principal (69%), seguido muy atrás por la letrina o poza negro (19%). Solo cerca del 12% vive en centros urbanos que cuentan con alcantarilla, la misma cobertura relativa de hace cuarenta años (ver cuadro 6). En cambio, dentro del 20% más rico la red de alcantarillado cubre al 42% de los hogares, casi el doble de la media nacional, mostrando que la infraestructura se distribuye desigualmente según nivel socioeconómico y a favor de áreas urbanas.

Los pocos avances logrados a partir de los ochenta se deben al impacto de la crisis, la cual, entre cosas, detuvo el crédito externo durante los ochenta. Pero la situación también refleja un sistema tarifario que, aunque ha mejorado, resulta aún insuficiente para dotar a la institución de recursos adicionales para inversión. Las tarifas se han estado fijando para recuperar, tardíamente, las pérdidas asociadas con la inflación, y lo que corresponde a depreciación se utiliza para cubrir gastos corrientes. En este proceso se han eliminado las diferencias de tarifas entre zonas (1996) y entre niveles de consumo, ambos con efectos regresivos.

Si bien en los últimos años se han empleado modelos tarifarios para los acueductos manejados por el ICAA, la Empresa de Servicios Públicos de Heredia (ESPH) y los comités locales administradores de acueductos rurales, a raíz de las tarifas fijadas por los municipios, existe un sistema dual que atenta contra el mantenimiento de los logros alcanzados¹¹. Ajena a las implicaciones para el mantenimiento y expansión de servicios, la población sólo se fija en las tarifas más baratas (ICAA, 2003).

En el balance, ha existido un proceso fallido de centralización, en el cual el ICAA no ha logrado ser efectivamente rector y administrador o supervisor del servicio de agua, y menos ofrecer un adecuado tratamiento de las aguas servidas. La protección del recurso hídrico, también bajo su mandato legal, es una tarea pendiente pese a esfuerzos puntuales desarrollados más recientemente (programa Bandera Ecológica y Sello de Calidad Sanitaria). El resultado es un sistema de prestación de este servicio básico con variados proveedores, calidades y costos para la población.

En el 2006 existían 2.235 acueductos, 81% pequeños acueductos rurales que abastecían al 27% de la población servida (cuadro 8). Los municipios administraban el 11% de los acueductos y atendían al 19% de la población; mientras los acueductos más grandes y de mejor calidad eran de la ICAA y la ESPH: 8% de los acueductos y cobertura de casi la mitad de la población del país en el primer caso, y menos del 1% de los acueductos y 5% de la población servida en el segundo. La ESPH ofrece la mayor proporción de servicio potable (11 de 12 acueductos; seguida por el ICAA con un 97%)¹². En acueductos municipales, en cambio, el 30% de la población y el 41% en los acueductos rurales, recibe agua no potable.

Cuadro 8
Costa Rica: Estructura y situación del suministro de agua. 2006

Proveedor ¹	Acueductos		Población cubierta		Población por acueducto		Gasto del hogar ² 2004
	Total	con agua potable	Total (miles)	con agua potable	Con agua potable	Sin agua Potable	
Total (absoluto)	2.235	1.180	4.156	3.436	2.912	682	2.862
Total (relativo)	100,0	52,8	100,0	82,7			
ICAA	8,0	82,7	49,4	98,6	13.681	901	4.274
ESPH	0,5	91,7	4,9	99,7	18.622	648	2.822
Municipios	10,7	64,4	18,5	70,1	3.501	2.705	1.807
ASADAS	80,8	48,0	27,2	59,1	770	492	1.661

1/ Los proveedores son el ICAA; la ESPH; los municipios; y las asociaciones administradoras de acueductos rurales (ASADAS).

2/ Gasto promedio del hogar por mes en colones del 2004.

Fuente: ENIG-INEC (2004) y Mora y Feoli (2007).

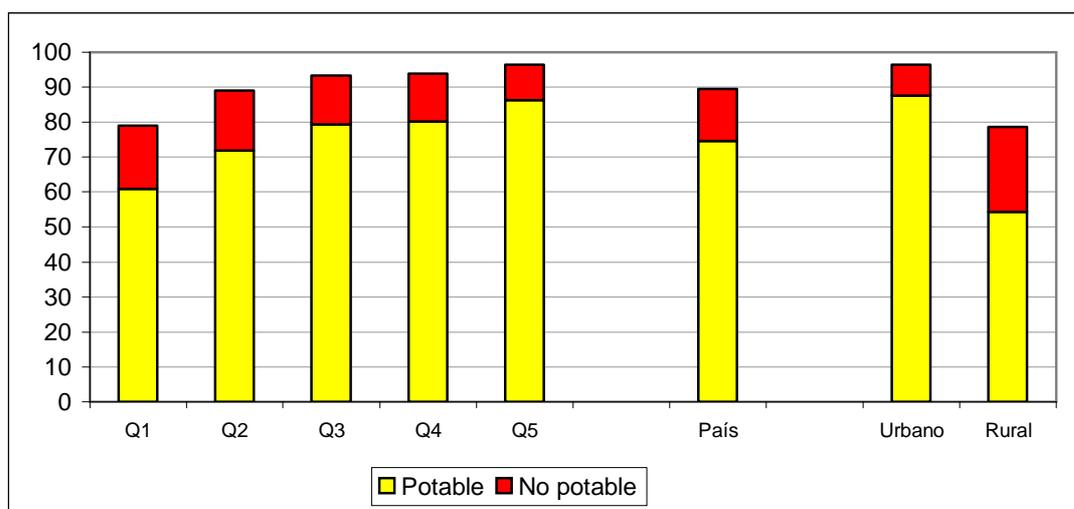
¹¹ La ESPH es una empresa municipal transformada en sociedad anónima de utilidad pública en 1998. Los acueductos rurales fueron inicialmente administrados por Comités Administradores de Acueductos Rurales (CAAR), amparados y tutelados por el ICAA. A partir de los noventa muchos CAAR se transformaron en Asociaciones Administradoras de Acueductos y Alcantarillados (ASADAS), con personería jurídica y supervisadas por el ICAA.

¹² El agua potable cumple con requisitos físico químicos y microbiológicos y cuya calidad es determinada por el Laboratorio Nacional de Agua, adscrito al ICAA (MS, ICAA y OPS, 2003).

Aunque el acceso al agua por cañería está bastante generalizado, en el acceso a agua potable existen importantes brechas socioeconómicas (gráfico 5). En el 20% más pobre de los hogares, el 79% de su población recibe agua por cañería, pero solo el 60% potable; por el contrario, en el 20% más rico, el 96% cuenta con agua por acueducto y el 86% con agua potable. Así, la brecha en el acceso a agua por cañería por estrato (22%) casi se duplica en materia de acceso a agua potable (42%) y la brecha se acentúa entre zonas (61%).

Gráfico 5

Costa Rica: Población servida con agua por cañería según potabilidad por estrato y zona. 2004
(Cifras relativas)



Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta de Ingresos y Gastos del INEC y en Mora y Feoli (2007).

En resumen, el país ha logrado avances importantes en el suministro de agua potable, pero el no haber alcanzado cobertura universal afecta más a los más pobres y residentes de zonas rurales. Además, los avances son precarios debido al rezago en el tratamiento de las aguas residuales y a la limitada protección de los recursos hídricos. Costa Rica enfrenta simultáneamente a los problemas del subdesarrollo (contaminación del agua por factores orgánicos), y a nuevos fenómenos (como la contaminación química producto de las actividades productivas) y una competencia creciente por el recurso hídrico por el desarrollo de nuevas actividades, como el turismo, que son intensivas en su consumo.

Los programas de nutrición

Los Centros de Atención Infantil para los menores de seis años (CEN-CINAI), Centros de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Atención Integral, y los Comedores Escolares (CE) son dos programas dirigidos a la población infantil pobre. Buscan el desarrollo temprano y la adquisición de capital humano con miras a romper la reproducción intergeneracional de la pobreza. Corresponden a programas del sector de protección social, aunque tradicionalmente se ubican dentro de los sectores de Salud y Educación y se consideran como parte de los servicios sociales básicos.

Los CEN-CINAI del Ministerio de Salud (MS) brindan atención diaria y alimentación a los niños pobres en edad preescolar o en situación de riesgo social (menores de 7 años), facilitando la inserción laboral de las madres de hogares pobres. Ofrecen además alimentación complementaria a las madres en período de lactancia o durante su embarazo, junto con un control de su estado y nutrición. El programa también incluye ayuda alimentaria (leche y paquetes de alimentos) a las familias con niños/as desnutridos/as y remitidos por el nivel primario de atención de la salud.

El programa de Comedores Escolares del Ministerio de Educación Pública (MEP), provee alimentación complementaria y educación nutricional de niños/as en condición de pobreza que asisten a escuelas públicas, aunque también a una pequeña proporción de estudiantes de colegio. El servicio de alimentación puede incluir desayuno, almuerzo o un refrigerio, dependiendo del horario y prioridad asignada a cada centro educativo, aunque la cuota asignada por la administración central es para un almuerzo.

Servicios de nutrición infantil

Los programas de nutrición tienen antecedentes en el primer cuarto del siglo XX, como parte de los programas de alimentación dirigidos a los escolares y en estrecho accionar con los esfuerzos del MS. Desde el año 1915 se estableció que el MS, entonces subsecretaría de Salubridad, debía dar al MEP un aporte para el financiamiento de este tipo de programa, el cual entre 1947 y 1950 se fortaleció con un impuesto por fanega de café producida. En la Constitución Política de 1949 el artículo 82 creó condiciones para la consolidación de los comedores escolares, al establecer que: “El Estado proporcionará alimentos y vestidos a los escolares indigentes, de acuerdo con la ley”.

Los CEN-CINAI se originan en 1950 cuando se estableció el Programa Costarricense de Alimentación Complementaria mediante un convenio entre el MS y UNICEF. Su objetivo era suplir de alimentación a los grupos más vulnerables desde una perspectiva nutricional: menores de ocho años y madres embarazadas y lactando, dada la severa desnutrición corroborada por la primera encuesta de nutrición de 1966 (Rivas, 1999).

Para la administración y el seguimiento del programa, en 1951 se creó el Departamento de Nutrición del Ministerio de Salud. Este programa emprendió la apertura de Centros de Nutrición (CN) para la alimentación complementaria, con participación activa de las comunidades y ayuda financiera externa. Los primeros centros se ubicaron en las comunidades más pobladas de las provincias centrales y brindaban un vaso diario de leche descremada, complementado con una porción de carne, huevo o queso con tortilla cocinado con cal para incorporar el calcio. Posteriormente se complementó la dieta con mantequilla, cereales y otros alimentos, según su disponibilidad (Mora, 1989). En 1963 se le aportaron recursos internos adicionales (6% del impuesto por la venta de licores) y para finales de esa década se complementó con centros y clínicas de recuperación nutricional, para la atención y seguimiento de menores de seis años con desnutrición moderada y severa.

Durante la década de los setenta, el programa recibió recursos adicionales provenientes del FODESAF, posibilitando su expansión en todo el país (MIDEPLAN, 1997)¹³. En 1971 se concretó el componente educativo nutricional para niños/as y padres, mediante el apoyo de maestras pensionadas en los centros y clínicas de recuperación nutricional, y con la transformación de los Centros de Nutrición en Centros de Educación y Nutrición (CEN). En 1975 la educación preescolar en los CEN se formalizó mediante la firma de un convenio con el Ministerio de Educación Pública (Rivas, 1999) y, un año más tarde, se abrieron los primeros Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI), con horario extendido para atender hijos/as de madres trabajadoras. Durante 1977 se agregó un componente de atención integral del preescolar (Rivas, 1999).

Debido a los efectos de la crisis económica, en 1983 la Ley de Timbre de Educación y Cultura estableció un impuesto del 1% sobre el valor aduanero de las mercancías importadas, destinado a financiar la expansión de los CEN-CINAI hacia zonas marginales con gran densidad de mujeres trabajadoras¹⁴. El Programa es extendido durante 1989 (Rivas, 1999), mediante la creación del CEN-Puesto de Salud Rural para la distribución de leche íntegra y adonde no existe escuela con comedor escolar, se estableció la modalidad de Centro de Educación y Nutrición y Comedor Escolar (CENCE).

Durante los noventa los CEN-CINAI se mantuvieron dentro del Ministerio de Salud y sin mayores avances en cobertura. Como parte de la reforma del sector, en 1998 el Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil se convirtió en la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil¹⁵¹⁶. La gestión del Programa de Nutrición Infantil tiene actualmente tres niveles: el central, regido por la Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil, encargada de normalizar, planificar, evaluar y dirigir el programa. El nivel regional, constituido por unidades ubicadas en las nueve Direcciones Regionales del Ministerio de Salud, encargadas de la asesoría, supervisión, control y planificación de las unidades operativas (CEN-CINAI) y de la distribución de los paquetes de alimentos y de leche (comprados centralmente). En el tercer nivel están los Equipos Locales de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil más los establecimientos. Un coordinador tiene a su cargo varias unidades operativas, cada una con un/a director/a que administra el centro y que cuenta con el apoyo de una Asociación de Desarrollo. Integrada por la comunidad, esta asociación administra los recursos estatales destinados a la compra de productos perecederos (11% de los gastos del programa); recoge recursos para los gastos operativos y las mejoras del centro; y colabora en la selección de los beneficiarios del programa.

En el 2006 el programa contaba con 617 establecimientos y 23 Puestos de Salud Rural apoyaban la distribución de leche. En dos de cada tres centros (405) se ofrecía la atención integral y en el

¹³ Estos recursos no fueron manejados dentro del presupuesto ordinario del Ministerio de Salud, sino por la Oficina de Cooperación Internacional de la Salud (OCIS), ente financiero adscrito al Ministerio.

¹⁴ Hasta el 2000, estos recursos fueron administrados por otro ente financiero adscrito al MS, el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social (CTAMS).

¹⁵ Desde el 2001 los recursos administrados por la CTAMS pasaron al presupuesto ordinario del MS y desde el 2003, el pago del personal realizado previamente con recursos del FODESAF fue cubierto por el presupuesto ordinario. Solo se mantuvo la OCIS con la administración de los recursos provenientes del FODESAF. A partir del 2006 se crea un Fideicomiso en el CTAMS que da recursos a los CEN-CINAI, pero su aporte es aún marginal.

¹⁶ En el 2006, siguiendo con el cambio organizacional del Ministerio, se propuso, aunque no se ha concretado, la desconcentración funcional de la Dirección en un ente adscrito al Ministerio (MS, 2007a).

tercio restante solo las modalidades de alimentación complementaria, dentro y fuera del establecimiento (MS, 2007b). Ese año se atendieron 22 mil niños/as en atención integral y casi 125 entre niños/as, escolares y madres, en programas extramuros (alimentos y leche) y en comidas servidas.

Información continua sobre el programa está disponible desde 1976 cuando comenzó a recibir recursos del FODESAF, aunque, especialmente la información financiera, es incompleta o inconsistente, debido a la multiplicidad de fuentes con ausencia de consolidación central y de contabilidad de costos¹⁷. El cuadro 9 ofrece algunos indicadores sobre el programa.

En el año 1976 existían 242 centros de atención infantil que atendían alrededor de 61 beneficiarios, de los cuales cerca de un tercio recibía comidas servidas, y probablemente la mitad de ellos atención integral, y dos tercios obtenían paquetes de leche íntegra para consumir en sus casas¹⁸. A finales de los noventa, los centros se habían más que duplicado y los beneficiarios resultaban un 57% mayor. En este lapso, tanto el gasto total como el gasto por beneficiario crecieron en términos reales. Se estima que para 1970 existían 147 centros, de modo que durante los años setenta, estos establecimientos más que se triplican (MIDEPLAN, 1998).

La crisis de inicios de los ochenta implicó el cierre de centros y la reducción del número de beneficiarios. Durante el resto de la década, si bien el número de centros no parece modificarse, se siguió reduciendo la cobertura y cambiando la composición de los servicios con la irrupción de la entrega paquetes de alimentos para familias con niños en situación de desnutrición, remitidos por los centros de atención primaria de la salud¹⁹. Durante la crisis, el gasto real también se contrajo y con mayor fuerza el rubro de alimentos. Para el resto del decenio, pese a que la cobertura no mejora, hubo una importante ampliación del gasto real que podría estar sobrestimada al considerar personal de los programas de atención primaria de la salud (MIDEPLAN-MS, 1991) y la introducción del bono alimentario.

Cuadro 9

Costa Rica: Evolución del Programa de Centros Infantiles (CEN-CINAI). 1976 - 2006

¹⁷ Previo 1976, la información financiera no era desagregable del gasto del MS. Incluso en los primeros años del financiamiento del FODESAF, los recursos se manejaron conjuntamente con los comedores escolares. Al igual que en comedores escolares, para la mayoría de los años se desconoce el aporte directo del ministerio en el pago del personal de la unidad central administradora.

¹⁸ No existe información sobre atención integral ni sobre paquetes de leche en este período. Las estadísticas sobre atención integral están disponibles a partir de 1994 y corresponden en promedio (1994-2006) a cerca de la mitad de los que reciben comidas servidas.

¹⁹ No hay estadísticas para todos los años de este servicio. Para 1980 se indica la existencia de cerca de 2000 beneficiarios, luego existe información a partir de 1985 y se mantiene en torno a esa cifra hasta 1988. Para 1989 sube a 2.500 y a casi cuatro mil para 1990.

Indicador	1976	1979	1982	1990	2000	2006
Centros Infantiles	242	538	504	503	654	617
Índice 1975 = 100	100,0	222,3	208,3	207,9	270,2	255,0
Variación porcentual media anual		30,5	-2,2	0,0	2,7	-1,0
Beneficiarios	60.672	95.186	94.893	72.973	104.948	152.087
Índice 1975 = 100	100,0	156,9	156,4	120,3	173,0	250,7
Variación porcentual media anual		16,2	-0,1	-3,2	3,7	6,4
Beneficiarios por centro	251	177	188	145	160	246
Índice 1975 = 100	100,0	70,6	75,1	57,9	64,0	98,3
Variación porcentual media anual		-11,0	2,1	-3,2	1,0	7,4
Beneficiarios por programa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Comidas Servidas	36,1	35,5	34,0	33,0	27,1	29,6
Leche Integral	63,9	64,5	66,0	61,6	68,1	60,8
Paquetes de alimentos (DAF)	n.d.	n.d.	n.d.	5,4	4,9	9,6
% con Atención Integral ¹	0,0	n.d.	n.d.	11,7	12,3	14,3
Gasto total ²	6,8	14,2	10,5	32,1	17,0	18,6
Índice 1975 = 100	100,0	207,6	154,2	470,1	248,7	272,4
Variación porcentual		27,6	-9,4	15,0	-6,2	1,5
Estructura relativa por rubro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sueldos	35,4	42,8	69,5	46,5	65,3	59,1
Alimentos	41,3	28,7	20,3	39,2	26,6	36,0
Otros	23,2	28,6	10,2	14,3	8,1	4,9
Gasto total por beneficiario ³	112,6	149,0	111,0	440,1	161,9	122,4
Índice 1975 = 100	100,0	132,3	98,6	390,9	143,8	108,7
Variación porcentual		9,8	-9,3	18,8	-9,5	-4,6
Gasto alimentos por beneficiario ³	46,5	42,7	22,5	172,5	29,4	44,1
Índice 1975 = 100	100,0	91,7	48,4	370,7	63,2	94,8
Variación porcentual		-2,8	-19,2	29,0	-16,2	7,0

1/ El dato de 1990 corresponde al año 1994.

2/ En millones de US \$ del 2000, utilizando el índice de precios del consumo final del gobierno general como deflactor y el tipo de cambio medio de las cuentas nacionales del 2000 equivalente a US \$1 = 308,19 colones.

3/ En US \$ del 2000 por año según detalle de nota 2.

Fuente: Elaboración propia con base en datos del MS.

La reducción de la cobertura continuó hasta 1992, cuando se produjo un fuerte ajuste económico y se buscó reemplazar el programa en su modalidad de atención integral por un servicio más barato y de menor calidad, los hogares comunitarios, y la entrega de leche y alimentos por un bono alimentario (MIDEPLAN-MS, 1991). Este bono fue manejado inicialmente por el mismo programa, pasó luego a administrarse por el organismo encargado de los programas contra la pobreza (IMAS) y se eliminó con el cambio de gobierno (Trejos, et al., 1994).

Comedores escolares

En 1950, el mencionado convenio entre el Ministerio de Salud y UNICEF dio inicio a un programa por medio del cual 105 mil niños de escuelas públicas rurales recibieron diariamente, leche, mantequilla, carne y frutas. En 1961 se estableció un Programa Cooperativo de Nutrición (Picado, 1984), con fondos de la Alianza para el Progreso, e integró los Ministerios de

Educación, Agricultura y Salud con el UNICEF, la FAO y la OMS. Con este programa se impulsaron huertas escolares y familiares para aumentar la producción, mejorar el manejo de los alimentos, los hábitos alimentarios y la situación nutricional (Rivas, 1999).

En los 70 el programa se consolidó con la creación del FODESAF (1974), que le dotó de recursos económicos permanentes a partir de 1975. Hasta 1998 estos recursos se obtuvieron mediante un convenio anual entre el MEP y el Ministerio de Trabajo (superior jerárquico del FODESAF), cuando reformas legales establecieron que el FODESAF destinaría el programa entre el 10% y el 15% de su presupuesto ordinario y extraordinario. También se estableció que de este porcentaje, un máximo del 30% se destinaría a para pagar los salarios de las funcionarias de estos comedores escolares (Ley 7763). En ese mismo año se consolidó la obligación para el FODESAF de transferir el 0,5% de sus recursos a las Juntas de Educación para equipar y mantener el comedor escolar (Ley No. 7097).

La crisis de inicios de los ochenta redujo drásticamente sus recursos reales, particularmente los dirigidos a la compra de alimentos, reduciéndose su impacto nutricional y aumentando el peso del gasto en personal (cocineras) (ver cuadro 10). Dado que eran funcionarias públicas existían limitadas posibilidades de movilizarlas o despedirlas (Banco Mundial, 1990), lo cual dificultaba realizar el ajuste de costos por este medio. Al contrario de los CEN-CINAI, durante este período no se crearon fuentes adicionales de financiamiento. Solo muy recientemente (2003), el MEP comenzó a canalizar recursos propios destinados a la operación del programa (si bien siempre ha financiado la unidad administrativa central del programa)²⁰. Los recursos propios del MEP se destinaron a contratación de cocineras, cuyas plazas se congelaron y se han ido reduciendo a medida que se ellas se pensionan. A cambio, FODESAF permitió destinar hasta un 30% de la partida de alimentos para contratar servicios de preparación de comidas por parte de las Juntas de Educación y por ende sin relación laboral con el Estado.

La unidad administrativa central se consolidó en 1987 con la transformación de la División de Alimentación y Nutrición del Escolar y el Adolescente (DANEA) dentro del MEP, como ente encargado del manejo del programa, de la administración de los recursos para equipamiento y mejoras, y de determinar y controlar los recursos girados a cada comedor. Un segundo nivel de operación es el regional, ubicado en las 20 Direcciones Regionales del MEP, el departamento de Juntas de Educación de cada regional debe revisar la ejecución de compras. El tercer nivel es el local, en cada escuela donde existe un CE. Allí la responsabilidad del programa recae en los directores de los centros y en las Juntas de Educación, en el caso de las escuelas, y en las Juntas Administrativas en el caso de los colegios y las escuelas de enseñanza especial. La dirección es la responsable directa ante el personal que labora en los comedores así como de la actividad diaria del comedor. Las Juntas cumplen las funciones de manejo del dinero para comprar los alimentos y contratar servidoras temporales. Existe otro conjunto de servidoras que se encuentran dentro de la planilla del MEP y se manejan centralmente, incluso con independencia de la DANEA.

Al contar con los recursos del FODESAF, el programa de comedores escolares se redefinió como un programa universal, buscando atender a todos los estudiantes de las escuelas públicas para evitar la estigmatización de los alumnos pobres. No obstante, dada las limitaciones de recursos

²⁰ Al igual que los CEN-CINAI, cuentan con financiamiento comunal cuya magnitud se desconoce (Picado, 1984).

para atender adecuadamente a la totalidad de la población estudiantil, desde la segunda mitad de los ochenta se ha venido aplicando una focalización de tipo geográfica, aplicada en el subsidio otorgado por niño/a más que en la exclusión de centros o de alumnos dentro del centro. No obstante, en los centros con alta matrícula se puede realizar una selección de beneficiarios de acuerdo a la capacidad instalada, con lo cual la focalización también contempla características de los centros. En el pasado han existido hasta cuatro categorías de prioridad asociadas cada una con una cuota por alumno diferente. Por ejemplo, entre el 2000 y el 2003 existieron cuatro prioridades, cuyo monto de subsidio se reducía de la primera a la cuarta. En el 2006 existían solo dos prioridades, una de 120 colones y otra de 90 colones, mostrando una presión desde los centros menos priorizados para aumentar su prioridad y por lo tanto las cuotas.

En el 2007, el programa operó en 4.109 escuelas primarias (98% de las escuelas públicas) de todo el país, destinándose un 83% del presupuesto a escuelas primarias. El cuadro 10 presenta indicadores sobre la evolución del programa. Al igual que los CEN-CINAI, la sistematización de información, aunque incompleta, inició con el apoyo financiero del FODESAF. Este demandaba informes básicos de operación, siendo éste un resultado positivo adicional de la creación del fondo²¹.

Cuadro 10
Costa Rica: Evolución del Programa de Comedores Escolares. 1975 - 2006

Indicador	1975	1979	1982	1990	2000	2006
Centros Educativos	1.194	2.886	2.226	3.095	3.697	4.058
Índice 1975 = 100	100,0	241,7	186,4	259,2	309,6	339,9
Variación porcentual media anual		24,7	-8,3	4,2	1,8	1,6
Beneficiarios	154.032	391.938	384.000	450.639	471.111	579.897
Índice 1975 = 100	100,0	254,5	249,3	292,6	305,9	376,5
Variación porcentual media anual		26,3	-0,7	2,0	0,4	3,5
Beneficiarios por centro	129	136	173	146	127	143
Índice 1975 = 100	100,0	105,3	133,7	112,9	98,8	110,8
Variación porcentual media anual		1,3	8,3	-2,1	-1,3	1,9
Gasto total¹	36,7	52,5	39,1	18,0	23,4	19,2
Índice 1975 = 100	100,0	143,2	106,7	48,9	63,8	52,5
Variación porcentual		9,4	-9,3	-9,3	2,7	-3,2
Estructura relativa por rubro	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sueldos	6,9	14,4	34,3	52,2	26,8	11,0
Alimentos	91,7	85,1	65,1	46,9	72,6	87,9
Otros	1,4	0,5	0,5	0,8	0,7	1,1
Gasto total por beneficiario²	238,1	134,0	101,9	39,8	49,7	33,2
Índice 1975 = 100	100,0	56,3	42,8	16,7	20,9	13,9
Variación porcentual		-13,4	-8,7	-11,1	2,2	-6,5
Gasto alimentos por beneficiario²	218,4	114,0	66,4	18,7	36,1	29,2
Índice 1975 = 100	100,0	52,2	30,4	8,6	16,5	13,4
Variación porcentual		-15,0	-16,5	-14,6	6,8	-3,5

²¹ No obstante, la Contraloría General de la República, le quitó al Fondo en 1998 la potestad de fiscalizar sobre los programas que cuentan con asignación de recursos por ley.

1/ En millones de US \$ del 2000, utilizando el índice de precios del consumo final del gobierno general como deflactor y el tipo de cambio medio de las cuentas nacionales del 2000 equivalente a US \$1 = 308,19 colones.

2/ En US \$ del 2000 por año según detalle de nota 1.

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la División de Alimentación y Nutrición del Escolar y el Adolescente (MEP).

En 1975 1.194 centros educativos públicos tenían comedor escolar y atendían unos 154 mil estudiantes. Al final de los setenta, comedores y estudiantes atendidas se había más que duplicado (2,5 veces). La tasa anual cercana al 25% fue mayor que el ritmo de crecimiento de los recursos, por lo que el gasto real por beneficiario decreció. Entre 1979 y 1982, la crisis económica redujo la cobertura y contrajo los recursos reales, especialmente los destinados a la compra de alimentos por la inflexibilidad relativa que muestran los pagos al trabajo. El resto del decenio de los ochenta mostró una recuperación de la cobertura en un contexto de recursos reales decrecientes, pasándose de ofrecer desayuno y almuerzo a brindar solo un refrigerio. No obstante, el personal de cocina aumentó su participación en el gasto, del 14% en 1979 al 52% en 1990. Durante los noventa hubo un aumento real de los recursos, especialmente los destinados a alimentos, en un contexto de aumento de cobertura limitado. Desde el 2000 la cobertura siguió aumentando levemente aunque con una reducción de recursos que, al ser menor en el rubro de alimentos, ha reducido la importancia del pago de personal a favor de la compra de alimentos.

Más allá de la población atendida se debe poner atención a la cobertura efectiva en función de la población meta. El criterio es que se ubique en el 20 o 40% de familias con menores recursos. Además, se consideran niños/as menores de siete años y población de 5 a 17 años que asiste a centros educativos públicos y semipúblicos, para CEN-CINAI y comedores escolares, respectivamente (ver cuadro 11). La cobertura potencial compara beneficiarios/as con la población meta y explora si el programa cuenta con recursos suficientes para atenderla. Es el caso de los comedores escolares, cuando se considera al primer quintil de las familias y para los últimos años si se consideran los dos primeros quintiles. Por el contrario, los CEN-CINAI muestran una limitada cobertura potencial: solo podrían atender al 29% de su población meta del quintil pobre, o a un 15% de los menores del 40% más pobre en el 2006. Además, recientemente este programa ha mostrado una reducción de su cobertura potencial.

El segundo indicador se refiere a la cobertura efectiva dentro de la población meta, es decir, qué porcentaje de la población meta tiene efectivamente acceso al programa. Los comedores escolares son los más exitosos atendiendo efectivamente y de manera creciente a cerca de dos de cada tres personas pobres en edad escolar, ya sea que se considere al 20% o al 40%. Por el contrario, los centros infantiles con una cobertura efectiva por debajo del 20% de su población meta, reflejan una contracción durante todo el período. Ello muestra que, con excepción de los servicios de salud, la atención a los menores de seis años es una de las áreas más débiles de la política social que se traduce en una baja inversión por niño (Trejos, 2004).

Cuadro 11

Costa Rica: Indicadores de acceso a los programas de alimentación complementaria

Indicador	Centros Infantiles				Comedor Escolar			
	1992/93	1999	2003	2006	1992/93	1999	2003	2006
Cobertura Potencial ¹								
20% más pobre	17,6	33,4	36,9	29,0	160,9	161,5	177,0	189,2
40% más pobre	9,7	18,4	20,2	15,3	89,4	84,9	100,0	103,1
Cobertura Efectiva ²								
20% más pobre	5,0	17,4	16,4	13,2	61,9	57,4	67,9	69,1
40% más pobre	3,7	14,2	13,9	10,3	56,8	54,3	64,3	66,1
Exclusiones ³								
20% más pobre	95,0	82,6	83,6	86,8	38,1	42,6	32,1	30,9
40% más pobre	96,3	85,8	86,1	89,7	43,2	45,7	35,7	33,9
Filtraciones ⁴								
20% más pobre	46,6	44,4	47,9	47,1	60,9	63,8	61,3	62,5
40% más pobre	28,3	17,5	19,2	21,8	35,5	34,7	35,0	34,3

1/ Beneficiarios totales como porcentaje de la población meta: menores de 7 años (centros infantiles), estudiantes de 5 a 17 años en centros públicos (comedores escolares).

2/ Beneficiarios en la población meta como porcentaje de la población meta.

3/ Porcentaje de la población meta no atendida por el programa.

4/ Beneficiarios fuera de la población meta como porcentaje de los beneficiarios totales.

Fuente: Cálculos propios con base en las EHPM (INEC) 1999, 2003, 2006 y la ENISO (MIDEPLAN) 1992/1993.

Como tercer indicador, durante los últimos años, los errores de exclusión han venido aumentando: se mantienen por encima del 80% para los CEN-CINAI, mientras que en los comedores escolares son limitados (alrededor de un tercio). En este último caso, existe una exclusión adicional no cuantificada, correspondiente a población fuera del sistema educativo y que es significativa entre adolescentes en edad colegial.

El cuarto indicador refleja “filtraciones” o errores de inclusión de población no pobre, los cuales aumentan cuanto más restrictiva es la población meta. Para el primer quintil, los comedores escolares presentan las mayores filtraciones (63%) y los CEN-CINAI las menores (47%). Para los dos primeros quintiles, las filtraciones se reducen a cerca de la mitad. En ambos casos se observan pocas mejoras durante el período. Mientras que los CEN-CINAI tienen una clara delimitación de su población meta, los comedores escolares podrían cubrir a toda la población pobre. Sin embargo, el programa no fue diseñado con ese objetivo y existe una clara disyuntiva entre cobertura y calidad.

Finalmente, en términos de impacto, se carece de estudios que cuantifiquen el efecto de estos programas. Los CEN-CINAI buscan eliminar la desnutrición, en tanto que los comedores escolares, constituyen principalmente un incentivo para acceder y mantenerse en la escuela. Las tasas de asistencia entre la población en edad escolar (7 a 12 años, ver cuadro 1) sugieren que los comedores escolares pueden estar contribuyendo a este acceso y mantenimiento en el sistema educativo y existe información anecdótica sobre ampliaciones de matrícula cuando se aumentan los recursos para alimentos, aunque parece tener poco efecto en los logros educativos a juzgar por la amplia diferencia en el rendimiento mostrado por los estudiantes según su estrato socioeconómico (ver cuadro 3).

Con respecto a los CEN-CINAI, en 1966, la primera encuesta sobre nutrición registraba un 57% de los/as niños/as con algún grado de desnutrición (cuadro 12). Una década después, iniciándose la expansión de los CEN-CINAI y la atención primaria, la desnutrición sólo se había reducido en un 4% y principalmente en el grupo de desnutrición leve. Solo cuatro años más tarde, la reducción era casi el doble de la anterior (7,4%) y continuó disminuyendo aún en el período más agudo de la crisis. Para 1996, según la última encuesta disponible, la desnutrición se había reducido a menos de la mitad, como lo corroboran los censos de talla de escolares de primer ingreso. Las mejoras nutricionales parecen acompañar la ampliación del programa, especialmente las intervenciones en familias con niños/as desnutridos mediante leche y paquetes de alimentos.

Cuadro 12

Costa Rica: Evolución de las condiciones nutricionales de la población infantil

Indicador	1966	1975	1979	1982	1996
Nacimientos con bajo peso al nacer (%) ¹	n.d.	n.d.	6,4	6,6	7,3
Malnutrición de menores de 6 años (%) ²					
Desnutrición severa	1,5	1,1	0,5	0,3	0,4
Desnutrición moderada	12,2	11,2	8,5	6,0	4,7
Desnutrición leve	43,7	40,9	36,8	24,6	17,3
Sobrepeso	n.d.	7,8	11,3	2,5	4,2
Escolares con talla insuficiente (%) ³	n.d.	n.d.	20,4	11,3	7,4

1/ Nacidos vivos con menos de 2500 gramos atendidos por la CCSS.

2/ Según encuestas nacionales de nutrición

3/ Escolares de primer grado según censos nacionales de talla.

Fuente: MIDEPLAN, Sistema de Indicadores sobre el Desarrollo Sostenible, 1998.

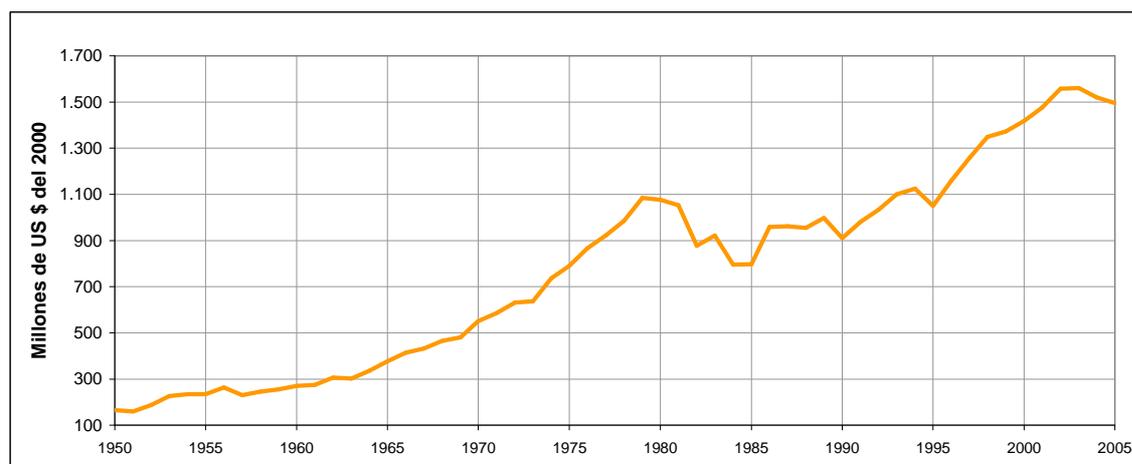
III. El gasto público en los servicios sociales básicos

Las estimaciones disponibles respecto a los recursos invertidos en los SSB durante un horizonte temporal tan amplio son escasas. La primera estimación sobre el gasto público fue realizada en 1962 (IICE, 1962) y presenta información del período 1950-1958. A inicios de los 70, la Contraloría General de la República estimó el gasto público por función para el período 1969-1973 (CGR, 1977), estimación discontinuada hasta 1998 cuando fue retomada pero circunscrita al gobierno general. El Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN, 1987), construyó una serie para los principales sectores sociales de 1975 a 1985 e intentó, sin mucho éxito, construir una estimación del gasto público total por función para (años 1975, 1980 y 1985). Este esfuerzo se discontinuó debido a que la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria (STAP), ente creado en 1982 para enfrentar el desequilibrio fiscal que provocó la crisis de la deuda externa, inició un proceso de sistematización y consolidación del gasto público total por función a partir del año 1987. Esta serie fue complementada por la Segunda Comisión de Reforma del Estado (COREC II), que estimó una serie gasto social de 1980 a 1992 (Coto, 1992). Además, Rosero (1983) estimó una serie de 1910 a 1982 del gasto en salud y en educación por habitante, en dólares de 1970, mientras que Sauma y Trejos (1997), construyeron una serie del gasto en los servicios sociales básicos de 1980 a 1996.

A partir de estos antecedentes, se construyó una serie relativa al gasto público en los SSB que, aunque preliminar, es una buena aproximación (ver gráfico 6). Este gasto creció primero lentamente (años cincuenta), se aceleró durante las siguientes dos décadas, y a finales de los setenta, se había multiplicado por más de seis. La crisis de los ochenta y subsecuentes políticas de estabilización, afectaron sensiblemente los recursos involucrados, contracción que principalmente afectó más la calidad de los servicios y solo en algunos servicios su cantidad.

Gráfico 6

Costa Rica: Gasto público total en servicios sociales básicos. 1950 – 2005
(Millones de US \$ del año 2000)



Fuente: Elaboración del autor con base en IICE (1962), Contraloría General de la República (1971), Rosero (1983), Sauma y Trejos (1997) e información de la Secretaría Técnica de la Autoridad Presupuestaria (STAP) y de las propias instituciones.

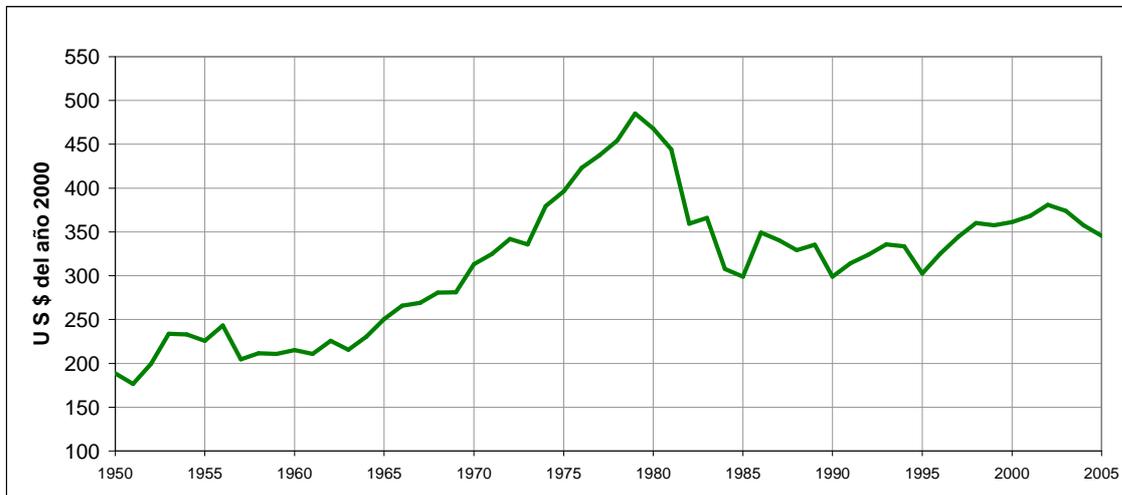
Resueltos los principales desequilibrios financieros, el gasto repuntó en 1986 y se estabilizó durante el resto de los ochenta, paralelamente al inicio de las reformas económicas. No fue sino a partir de 1991 cuando retomó un crecimiento más sostenido para recuperar el nivel de 1979 a mediados de esa década. Durante la segunda mitad de los noventa y hasta el 2002, su expansión se aceleró para luego volver a caer. En el balance, en el 2005, el gasto social total dirigido a los SSB, era nueve veces mayor que en 1950.

Dado que esta evolución alude a los recursos totales e ignora el crecimiento poblacional (ver capítulo 1), es necesario analizar el gasto por habitante (gráfico 7)²². Éste tuvo pocos avances hasta inicios de los sesenta, cuando empezó a crecer sostenidamente (a pesar de un alto crecimiento poblacional de 3,5% anual), y continuó así hasta finales de los setenta. En 1979, el gasto per cápita anual alcanzó su valor máximo (US \$ 485 del 2000), equivalente a 2,6 veces el valor del gasto en 1950. Entre 1980 y 1985, paralelamente a la crisis económica, el gasto per cápita en SSB perdió más de un tercio de su valor real (38% comparado con 1979).

²² Mayores precisiones pueden hacerse asociando cada programa con su población meta pero no se dispone de la serie con el grado de detalle necesario para este fin.

Gráfico 7

Costa Rica: Gasto público por habitante en servicios sociales básicos. 1950 – 2005
(US \$ del año 2000)



Fuente: Elaboración propia con base en IICE (1962), CGR (1971), Rosero (1983), Sauma y Trejos (1997) e información de la STAP, instituciones e INEC.

Durante el decenio siguiente el gasto per cápita en SSB osciló entre US \$ 300 y 350 (media de US \$326). En el último decenio logró superar los US \$ 350 anuales (media de US \$ 358). En suma, pese a que el gasto total se recuperó y superó los niveles previos a la crisis, no fue así en términos per cápita; y es actualmente más volátil y un 29% menor a 1979, aunque 83% mayor que en 1950.

Paralelamente, las mejoras en el acceso y los resultados alcanzados por los SSB, sugieren, primero, una mayor eficiencia en la asignación y el uso de los recursos, forzada por las propias restricciones imperantes. Segundo, estaría mostrando que el alcanzar amplias coberturas en los SSB, genera sinergias que permiten seguir mejorando resultados, a pesar de las restricciones de recursos.

El cuadro 13 presenta indicadores que resumen esta evolución, a partir del año más cercano con que se cuenta con estimaciones adicionales sobre el gasto público total y el gasto público social. Comparado con la producción nacional (prioridad macroeconómica), ya en los 50 se hacía un importante esfuerzo: cerca del 6% del PIB²³, el cual aumentó al 7% en 1970 y llegó al 10% en 1980, muy por encima del ritmo de crecimiento económico. Con la crisis económica de los ochenta, la contracción del gasto significó perder 3% y retornar a la prioridad de 1970. En los dos decenios siguientes, la prioridad macroeconómica se fue recuperando y en el 2005 fue del 9% del PIB, sólo 1% menos que en 1980.

²³ Nótese que algunos países centroamericanos asignan actualmente este porcentaje para *todo* el gasto social (CEPAL, 2006). Además, el cálculo utiliza la nueva serie del PIB (base 1991), empalmada hacia atrás con las tasas de crecimiento, lo cual puede implicar una subestimación del esfuerzo real en esos años de 1,3% en los cincuenta; 1,6% en 1970; y 2,3% en 1980.

Cuadro 13

Costa Rica: Evolución del gasto público en servicios sociales básicos (SSB). 1950 - 2005

Indicador	1950	1958	1970	1980	1985	1995	2005
Gasto total en SSB ¹	165,0	246,4	550,1	1.077,1	797,2	1.049,8	1.495,4
Índice 1950 = 100	100,0	149,3	333,3	652,6	483,0	636,0	906,1
Tasa media anual de variación		5,1	6,9	6,9	-5,8	2,8	3,6
Prioridad del gasto en SSB							
Macroeconómica (% PIB)	5,8	5,7	7,0	10,3	7,0	7,3	9,1
Fiscal (% Gasto público)	36,0	26,2	26,3	28,0	21,7	18,4	18,6
Social (% Gasto social)	79,6	64,6	58,1	53,9	44,9	48,3	50,5
Composición del gasto en SSB	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Educación básica	21,7	39,3	42,1	30,9	24,9	28,7	40,4
Servicios de salud	78,3	60,7	51,4	58,5	59,8	60,3	53,0
Suministro de agua ²	0,0	0,0	6,4	5,2	7,0	7,0	4,0
Programas de nutrición ³	0,0	0,0	0,0	5,4	8,2	4,1	2,5
Gasto por habitante en SSB ⁴	188,6	211,5	312,9	467,9	299,0	302,5	345,7
Índice 1950 = 100	100,0	112,2	166,0	248,2	158,6	160,5	183,3
Tasa media anual de variación		1,4	3,3	4,1	-8,6	0,1	1,3

1/ En millones de US \$ del 2000, utilizando el índice de precios del consumo final del gobierno general como deflactor y el tipo de cambio medio de las cuentas nacionales del 2000 equivalente a US \$1 = 308,19 colones.

2/ Solo incorpora al ICAA.

3/ Antes de 1975 comedores escolares está dentro de la Educación Básica y CEN-CINAI en Servicios de Salud..

4/ En US \$ del 2000 según detalle de nota 1.

Fuente: Elaboración propias con base en IICE (1962), CGR (1971), Rosero (1983), Sauma y Trejos (1997) e información de la STAP y las propias instituciones.

En términos de prioridad fiscal y social, en el largo plazo éstas deberían ir disminuyendo, conforme se logran las coberturas necesarias, se resuelven algunos problemas (como la desnutrición), emergen nuevas demandas (como la formación profesional), y surgen nuevos problemas (como la atención de la vejez) o lidia con viejos no resueltos (como el acceso a vivienda). En 1950 el país asigna recursos escasos dando una alta prioridad a los SSB: la fiscal era alta (36%) y la social muy alta (casi el 80% del gasto social se dirigía a los SSB). Desde entonces y durante tres décadas, la prioridad social descendió mientras que la fiscal se mantuvo en los sesenta y setenta. El gasto en SSB creció a un ritmo similar al gasto total, pero el social se expandió más rápido, de la mano de una fuerte expansión del Estado en servicios sociales más sofisticados. Durante la crisis económica, las prioridades siguieron reduciéndose pero en el marco de una contracción de recursos, en tanto que en los dos decenios posteriores, la prioridad social se recuperó, primero por la expansión de los gastos en salud y posteriormente por el refuerzo en los gastos para la educación básica.

Esto último se observa en la estructura del gasto en SSB, disponible con cierto detalle a partir de 1980. Los servicios de salud dominaron durante todo el período, aunque perdieron participación a costa de la educación básica, que a su vez fue la más afectada durante la crisis. Entre 1980 y 1985, los gastos en salud fueron los que menos sufrieron, mientras que entre 1985 y el 2005, los gastos en educación básica se vieron fortalecidos, a partir de una creciente prioridad política para

mejorar cobertura y calidad. Asimismo, desde 1985 los programas de nutrición redujeron su participación relativa, asociada en los últimos años con una contracción real en los recursos.

IV. El financiamiento de los servicios sociales básicos

Desde mediados del siglo XX el Estado costarricense se desarrolló de manera centralizada aunque con una descentralización funcional: existían ministerios encargados de los programas y se fueron creando instituciones especializadas en ciertas demandas. Por eso, el gobierno central era inicialmente la principal fuente de financiamiento, y fue gradualmente perdiendo importancia frente a financiamiento de las nuevas instituciones. En 1950 el gobierno central aportaba el 69% del gasto público consolidado (IICE, 1962) y actualmente cerca de un tercio (Trejos, 2007b). Mientras, los gobiernos locales mantuvieron un escaso papel, representando el 4% del gasto público en 1950 y menos del 5% hoy.

La fuente de financiamiento de los SSB se vio afectada de distintas maneras. Los educativos continuaron bajo el alero del Ministerio de Educación y casi la totalidad de su financiamiento proveniente del gobierno central. Contrariamente, en salud, el Ministerio fue perdiendo protagonismo frente a la CCSS, una institución autónoma y financiada con impuestos sobre la planilla. Si en 1950 la CCSS aportaba el 12% del gasto en salud, actualmente financia alrededor del 90%. En el suministro de agua, se pasó de un financiamiento basado en el gobierno central y los gobiernos locales, a uno centrado en el cobro de tarifas directas sobre consumo realizado. Con la creación de FODESAF, los programas de nutrición se financiaron, principalmente, con impuestos a la planilla de afectación específica.

El cuadro 14 estima la estructura del financiamiento de la totalidad de los servicios sociales y de los SSB en dos momentos: 1988, año cercano al inicio de las reformas económicas estructurales que modificaron la estructura del financiamiento del gobierno central; y 2004, cuando ya los impuestos al comercio se habían reducido marcadamente.

Cuadro 14

Costa Rica: Estructura del financiamiento público de la política social. 1988 y 2004
(*Cifras relativas*)

Fuente de financiamiento	Política social total		Servicios sociales básicos			
	Composición		Composición		Peso en cada fuente	
	1988	2004	1988	2004	1988	2004
Ingresos Totales	100,0	100,0	100,0	100,0	48,8	50,1
Impuestos Directos	50,0	54,4	55,0	60,5	53,7	55,7
Contribuciones a la Seguridad Social	42,5	41,8	49,4	48,2	56,7	57,8
Impuesto a la Renta	5,7	10,2	5,3	10,6	45,3	52,2
Impuesto a la Propiedad	1,8	2,4	0,3	1,6	8,5	34,0
Impuestos Indirectos	30,3	30,7	29,7	30,0	47,8	49,0
Sobre Bienes y Servicios	20,4	27,3	20,2	26,4	48,5	48,6
Sobre Comercio Internacional	10,0	3,4	9,5	3,5	46,3	52,3
Ingresos Corrientes No tributarios	19,1	14,2	15,2	9,4	38,7	33,1
Venta de Bienes y Servicios	6,5	6,0	7,9	6,8	59,4	56,5
Intereses y otros ingresos	10,8	7,1	5,8	1,5	26,4	10,7
Transferencias corrientes	1,9	1,0	1,4	1,1	37,2	52,1
Ingresos de capital	0,5	0,7	0,1	0,2	8,9	12,6

Fuente: Elaboración propia con base en la STAP.

Como los SSB manejan cerca de la mitad de los recursos de todos los programas sociales (prioridad social), su estructura es muy similar a la del conjunto de los servicios, con predominio de los impuestos directos y específicamente, de las contribuciones sobre las planillas salariales. Entre 1988 y el 2004 el aporte de los impuestos directos aumentó, por una mayor captación del impuesto sobre la renta, con disminuciones marginales de las contribuciones a la seguridad social, las cuales prácticamente representan la mitad del financiamiento de los SSB. Los impuestos indirectos se mantienen en torno al 30% del ingreso total, pero con una recomposición, de los impuestos sobre el comercio internacional hacia los impuestos sobre las ventas internas. Los otros ingresos corrientes no tributarios pierden participación, particularmente por la reducción de ingresos por intereses, en tanto que los ingresos de capital (venta o transferencias de activos) son casi inexistentes.

El cuadro 15 presenta las variaciones en esta estructura para programas específicos de los SSB. En la educación, el financiamiento refleja la estructura y los cambios del gobierno central. Se centra en impuestos indirectos, crecientemente sobre las ventas internas, con algún repunte de los impuestos directos, especialmente renta, y poco aporte de otras fuentes. La vulnerabilidad en el financiamiento de estos servicios dependerá de las restricciones fiscales que enfrente el gobierno central y del juego de poder interno. En los ochenta estos servicios se vieron muy afectados tanto por las restricciones fiscales como por el mayor poder de negociación que mostraron las universidades públicas (Ulate, et al., 2004), en tanto que en la última década ha mostrado una menor vulnerabilidad pese a las restricciones fiscales por la prioridad lograda en el medio político (Trejos, 2007a).

En los servicios de salud, la reducción del financiamiento del gobierno central hizo de las contribuciones a la seguridad social su fuente principal: de 69% en 1988 al 86% de los ingresos totales en el 2004. Esta fuente podría reducir la vulnerabilidad fiscal de estos servicios, como sucedió en los ochenta, cuando incluso se aumentaron las tasas. Pero en la última década no ha sido así y la reducción de la participación del gobierno central ha redundado en reducción de los

ingresos. Las contribuciones tienen además como limitación que son pro ciclo económico y dependen de la formalidad del mercado de trabajo, la cual ha venido reduciéndose (ver capítulo 2).

En el suministro de agua, en 1988 el gobierno central mantenía una importante transferencia al ICCA, única institución considerada en la estimación, y que complementaba las tarifas. En el 2004, estas representaban el 96% de los ingresos totales, reduciendo la vulnerabilidad del servicio a restricciones fiscales, aunque agregando problemas asociados con el cobro (morosidad) o el desfase de las tarifas. Finalmente, los programas de nutrición, al financiarse con el FODESAF, dependen de las contribuciones a la seguridad social y de los impuestos de ventas. Se pensaba que esta fuente de financiamiento con base en impuestos de afectación específica reducía su vulnerabilidad, pero han sido los servicios más afectados, dado que las restricciones fiscales del gobierno central han conllevado un sistemático incumplimiento de la transferencia correspondiente al impuesto sobre las ventas. Así, entre el 2000 y el 2005, el FODESAF perdió una cuarta parte de sus recursos reales (Trejos, 2006b).

Cuadro 15
Costa Rica: Estructura del financiamiento público de los SSB por tipo de programa. 1988 y 2004
(Cifras relativas)

Fuente de financiamiento	Total SSB		Educación general		Servicios de salud		Suministro de agua		Programas nutrición	
	1988	2004	1988	2004	1988	2004	1988	2004	1988	2004
Distribución de los ingresos totales	100,0	100,0	22,7	37,3	64,9	54,1	7,0	5,7	5,4	2,9
Composición de los ingresos totales	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Impuestos Directos	55,0	60,5	17,7	28,6	71,6	88,3	6,5	0,3	75,8	69,8
Contribuciones a la Seguridad Social	49,4	48,2	2,6	0,0	69,2	85,9	2,6	0,0	69,6	60,8
Impuesto a la Renta	5,3	10,6	14,4	24,8	2,3	2,1	3,7	0,3	5,4	7,8
Impuesto a la Propiedad	0,3	1,6	0,8	3,8	0,1	0,3	0,2	0,0	0,8	1,2
Impuestos Indirectos	29,7	30,0	75,5	69,3	15,1	5,9	20,9	0,8	23,6	29,4
Sobre Bienes y Servicios	20,2	26,4	48,8	61,1	10,8	5,2	14,1	0,7	21,8	26,8
Sobre Comercio Internacional	9,5	3,5	26,7	8,3	4,4	0,7	6,8	0,1	1,8	2,6
Ingresos Corrientes No tributarios	15,2	9,4	6,8	2,1	13,2	5,5	71,8	98,9	0,6	0,8
Venta de Bienes y Servicios	7,9	6,8	0,6	0,3	4,8	2,2	66,9	96,0	0,1	0,1
Intereses y otros ingresos	5,8	1,5	2,6	0,4	7,6	2,2	4,0	2,8	0,3	0,3
Transferencias corrientes	1,4	1,1	3,6	1,3	0,8	1,0	0,9	0,0	0,3	0,4
Ingresos de capital	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,3	0,9	0,0	0,0	0,0

Fuente: Elaboración propia del autor con base en la STAP.

V. El papel distributivo de los servicios sociales básicos

Dado que a pesar de los logros, persisten problemas de cobertura de servicios, resulta importante determinar el grado de progresividad pasada y actual de los SSB en función de las características socioeconómicas de los hogares. Para ello, se compara el ingreso de los hogares antes (ingreso familiar autónomo) y después de acceder a las transferencias y servicios sociales básicos (ingreso social), a partir de indicadores sintéticos de desigualdad. El coeficiente de Gini es de fácil interpretación en tanto que varía entre cero (perfecta igualdad) y uno (perfecta desigualdad). Para valorar la distribución de los ingresos posterior a las transferencias y servicios sociales, se utiliza lo que se conoce como Cuasi Gini, el cual varía entre -1 cuando hay máxima progresividad y +1

cuando hay mínima progresividad, indicando el 0 neutralidad del ingreso social frente al ingreso autónomo de los hogares). El índice a Kawani (K) compara el Gini y el Cuasi Gini. Es simplemente una resta (Gini menos Cuasi Gini) y varía entre 2 y -1, siendo más progresivo cuando más se acerca a 2. Estas estimaciones se basan en encuestas de ingresos y gastos, realizadas en 1988 y en el 2004 (ver cuadro 16).

Entre 1988 y el 2004 el ingreso familiar promedio real creció a un ritmo promedio anual del 2,1% y aumentó la desigualdad en su distribución, en tanto que el gasto social per cápita real solo se expandió a una tasa media anual del 0,3%. En su conjunto, este gasto social es neutral (Cuasi Gini cercanos a cero) y progresivo desde una perspectiva relativa ($K > 0$)²⁴. Lo que más creció fueron las pensiones contributivas (2,2% anual), especialmente en los regímenes con cargo al presupuesto nacional (3,4% anual), aumentando su participación en el gasto social de 18% en 1988 al 25% en el 2004. Es el único programa que es regresivo absoluta y relativamente, especialmente el rubro que más crece, aunque cubre a menos personas, las pensiones con cargo al presupuesto nacional.

Cuadro 16
Costa Rica: Evolución de los Indicadores de progresividad por función. 1988 - 2004
(Indicadores de desigualdad multiplicados por 100)

Función	Gasto Público Social			Gini y Cuasi Gini		Índice de Kakwani	
	1988	2004	Cambio ¹	1988	2004	1988	2004
Ingreso Familiar autónomo ²			2,1	37,3	49,2		
Gasto Social Total	100,0	100,0	0,3	1,1	3,0	36,2	46,2
Pensiones contributivas	18,2	24,6	2,2	47,0	58,8	-9,7	-9,6
Régimen IVM - CCSS	8,8	9,4	0,7	n.d.	34,1	n.d.	15,1
Regímenes especiales - PN	9,4	15,2	3,4	n.d.	74,0	n.d.	-24,8
Gasto social sin Pensiones	81,8	75,4	-0,2	-9,1	-15,2	46,4	64,5
Servicios de Educación	27,7	31,3	1,1	4,7	-11,6	32,6	60,8
Servicios de Salud	36,1	30,5	-0,7	-16,3	-16,9	53,6	66,1
Seguridad Social sin pensiones	7,1	5,5	-1,3	-37,3	-47,1	74,6	96,4
Servicios de Vivienda y territorio	9,6	7,4	-1,3	-6,9	-3,4	44,2	52,6
Servicios Culturales y Recreativos	1,4	0,6	-4,9	35,7	25,2	1,6	24,0

1/ Tasa media anual del ingreso y del gasto público social per cápita real.

2/ Hogares ordenados según su ingreso familiar autónomo bruto ajustado por subdeclaración.

Fuente: Trejos y Sáenz (2006).

El resto del gasto social se contrajo en su conjunto (-0,2% anual), pero mejoró su progresividad absoluta, especialmente debido a los servicios de educación, cuyo gasto real per cápita aumentó así como su progresividad. Ello prácticamente contrarrestó el efecto de las pensiones contributivas, aunque estas claramente presionan contra la equidad global del gasto social que seguirá y aumentará en el futuro, dado el carácter de deuda de largo plazo que contiene y a su crecimiento casi automático por el envejecimiento de la población²⁵. Dadas las restricciones

²⁴ Los indicadores de concentración están multiplicados por 100, de manera que el C-G variará entre -100 y 100.

²⁵ En 1950, las pensiones con cargo al presupuesto nacional equivalían a de sólo el 5% del gasto social (IICE, 1962).

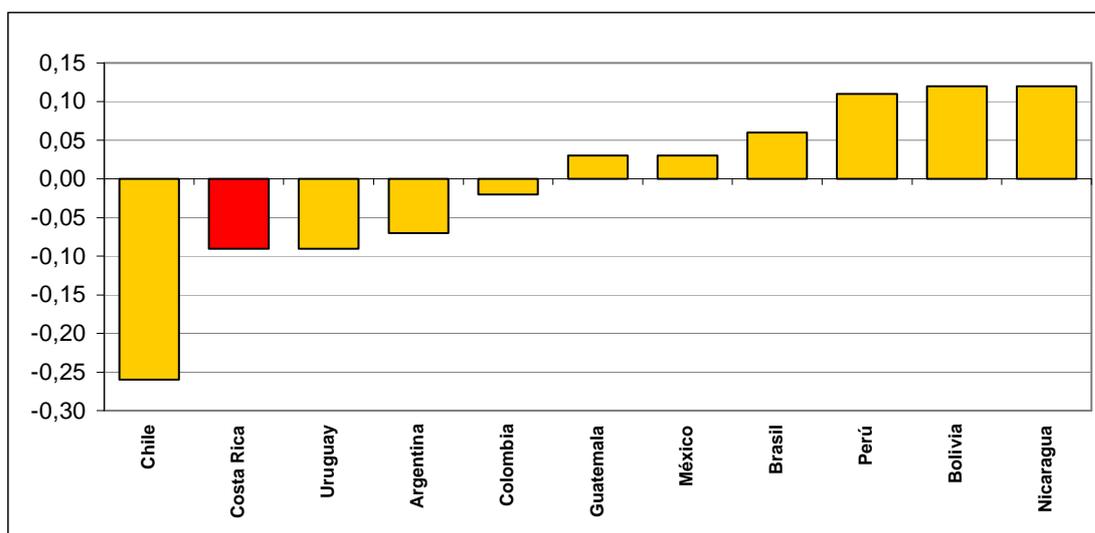
fiscales, las pensiones contributivas, en particular aquellas con cargo al presupuesto nacional, estujan al resto del gasto social y lo torna más vulnerable. A diferencia de las pensiones de IVM, el programa más relevante en términos de cobertura y criterios de elegibilidad, aquellas con cargo al presupuesto nacional, carecen de un fondo propio (ver capítulo 3). Los gastos destinados a los programas de salud se contrajeron, aunque mantuvieron una alta progresividad absoluta, mientras que los programas de seguridad social distintos a las pensiones, como los programas de promoción y asistencia social, también se contrajeron en términos reales, aunque alcanzaron los mayores niveles de progresividad absoluta²⁶.

Globalmente, el gasto social *neto* de pensiones mantuvo una alta progresividad que supera la mayor parte de los países de la región (ver gráfico 8).

Gráfico 8

América Latina: Coeficientes de concentración (Cuasi Gini) del gasto social sin seguridad social

Fuente: CEPAL (2006) y estimaciones propias.



Aunque este enfoque sectorial da una buena idea de la progresividad del gasto en SSB, incluye componentes que no son básicos y debe complementarse con una estimación más desagregada de los SSB (ver cuadro 17). En la educación general, la progresividad no solo es mayor que la del sector educación en su conjunto (cuadro 16), sino que ha aumentado en términos absolutos y relativos durante el período, debido a mejoras en la educación primaria y secundaria. En la primaria, se debe al logro de cobertura universal y a la mayor concentración de escolares en los hogares de menores ingresos, enmarcado en un proceso demográfico de reducción del tamaño de la familia. En la educación secundaria, el aumento de la cobertura con mayor énfasis en los estudiantes de los hogares más pobres, no así de los logros, hace que este pase de un programa que favorecía en mayor medida a los grupos medios en 1988 a ser pro pobre en el 2004. Es de esperar que mayores aumentos de cobertura redunden en un aumento de la equidad del gasto social.

²⁶ En esta clasificación, comedores escolares y CEN-CINAI están en el sector educación y salud, respectivamente.

En salud, excluidos los programas de nutrición, se produjo una ligera reducción en la progresividad absoluta y en el 2004 esta es menor que en los programas de educación general. La atención primaria es la más progresiva, aunque su traslado del Ministerio de Salud a la CCSS ha reducido marginalmente su progresividad. Contrariamente, dicho traslado favoreció el mayor acceso de los hogares de menores recursos a la consulta externa de mayor complejidad (en 1988 este servicio era cercano a cero pero positivo, y ahora es progresivo absoluto). En cambio, en la hospitalización se pasa de un servicio progresivo absoluto a uno neutral, lo que reflejaría su mayor uso por parte de hogares de ingresos medios y altos.

Cuadro 17

Costa Rica: Incidencia del gasto social del gobierno general en SSB. 2004 y 1988
(Hogares ordenados según ingreso autónomo per cápita ajustado)

Indicador	Servicios Sociales Básicos	Educación General				Servicios de Salud				Programas Nutrición	
		Pre-escolar	Primaria	Media	Total	Atención Primaria ¹	Consulta Externa	Hospita_lización	Salud Total	Comedores Escolares ²	Centros Infantiles
Distribución del gasto ³	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Decil 01	12,7	10,9	17,4	10,2	12,8	12,5	11,3	11,6	11,7	18,6	31,2
Decil 02	11,2	17,4	18,2	10,7	15,2	11,5	9,8	5,1	7,5	19,2	17,3
Decil 03	11,9	14,3	14,6	13,0	13,9	13,5	10,9	8,5	10,1	14,2	17,3
Decil 04	10,9	14,1	12,3	13,4	13,7	11,4	10,6	7,1	8,8	12,4	6,8
Decil 05	10,5	8,8	10,9	12,3	11,4	11,8	10,9	8,5	9,7	10,2	10,0
Decil 06	10,4	6,8	9,3	11,2	9,1	10,2	10,4	12,9	11,7	7,5	4,5
Decil 07	15,4	14,6	7,0	11,5	9,8	10,1	11,3	29,1	21,0	4,7	7,6
Decil 08	6,8	6,8	4,5	8,7	6,0	8,1	9,3	6,2	7,3	5,6	4,8
Decil 09	6,9	4,5	4,6	7,0	6,0	6,6	9,6	7,5	7,8	3,6	0,0
Decil 10	3,3	1,9	1,2	1,9	2,0	4,3	5,9	3,5	4,2	4,1	0,4
Cuasi Gini del gasto ⁴											
1988	-6,7	-21,3	-16,8	8,9	-6,5	-16,2	1,8	-9,5	-6,7	-25,0	-43,3
2004	-9,9	-21,3	-31,3	-13,1	-21,8	-14,1	-5,8	0,3	-4,1	-31,4	-46,9
Índice Reynolds-Smolensky ⁴											
1988	2,7	0,1	0,7	0,3	1,1	0,5	0,9	0,6	1,8	0,3	0,3
2004	4,3	0,2	1,2	0,7	2,2	0,9	0,9	0,7	2,3	0,2	0,1

1/ Incluye rectoría del sector por parte del Ministerio de Salud.

2/ Incluye becas y transporte escolar.

3/ Del gasto social per cápita por hogar para el año 2004.

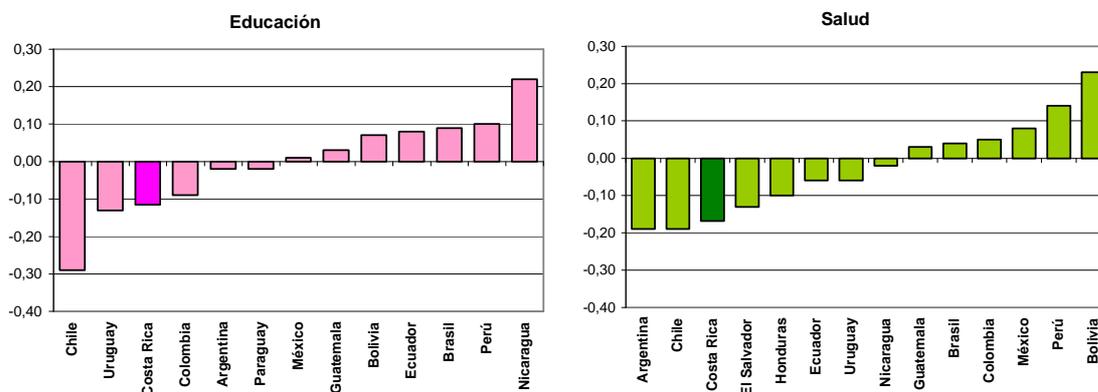
4/ Multiplicados por 100.

Fuente: Cálculo propio con base en las Encuestas de Ingresos y Gastos, INEC; Ministerio de Hacienda; y CGR.

Estos resultados reflejan el amplio acceso de los hogares de menores recursos hacia todos los programas de salud, incluso los más sofisticados, consistente con los indicadores de salud alcanzados. Comparativamente, Costa Rica es uno de los pocos países de la región con servicios de educación y de salud progresivos absolutos (ver gráfico 9). Los programas de nutrición, si bien pierden recursos reales, aumentan su focalización que era ya significativa en 1988. Entre ellos, los CEN-CINAI se mantienen como los más progresivos. En su conjunto, estos programas hacen que se mantenga la progresividad absoluta de los SSB, la cual aumentó a lo largo del período.

Gráfico 9

América Latina: Coeficientes de concentración (Cuasi Gini) del gasto social en educación y salud



Fuente: CEPAL (2006) y estimaciones propias.

Dada la extensión de los SSB, es de esperar que impacten positivamente el ingreso real de los hogares. Estos servicios constituyen un ingreso en especie, valorados al costo que tiene para el Estado prestarlos. El impacto distributivo se estima a partir del efecto de este ingreso social sobre el ingreso autónomo ó inicial de los hogares. El índice de Reynolds – Smolensky (R-S) muestra dicho impacto distributivo, al comparar los coeficientes de Gini de la distribución del ingreso inicial y una vez incorporado el uso del servicio como un ingreso en especie, respectivamente. Si es positivo, muestra los puntos porcentuales en que se reduce la desigualdad inicial del ingreso debido al programa social. Este impacto dependerá tanto de la progresividad del programa como de la magnitud de los recursos involucrados con relación a los ingresos (ver cuadro 17).

Globalmente, los SSB aumentaron su impacto redistributivo: en 1988 reducían el Coeficiente de Gini de la distribución del ingreso familiar per cápita en 2,7% y en el 2004 en 4,3%. El aumento se debió principalmente a los programas de educación primaria y media, los cuales combinaron aumentos en progresividad y recursos. Pero también existió un aumento en el aporte de los servicios de salud, principalmente en la atención primaria, adonde los mayores recursos compensaron con creces la relativa reducción en su progresividad. Pese a su mayor progresividad, los programas de nutrición redujeron su ya limitada capacidad distributiva debido a la reducción de recursos.

6. Consideraciones finales

Costa Rica ha logrado un desarrollo social que se ubica por encima de lo que se esperaría dada su estructura económica y su nivel de producción por habitante (PNUD, 2006) y que se sustenta en una preocupación de larga data por invertir recursos en servicios sociales básicos. Ejemplos son generalización de la educación primaria a finales del siglo XIX y de generalizar servicios de salud integrales a mediados del siglo XX. Esto ha implicado una creciente participación del Estado en el financiamiento y provisión directa, de los servicios sociales en general y de los básicos en particular, convirtiendo al país en uno de los que muestran una mayor prioridad macroeconómica y fiscal del gasto social en la región (CEPAL, 2006). Con los mismos recursos económicos difícilmente hubiera logrado los indicadores de resultado en el ámbito de la salud

sino se hubiera propuesto ofrecer cobertura a toda la población de todos los servicios de salud, no solo la atención primaria. Estos resultados tampoco serían posibles sin una población más educada, un sistema de suministro de agua potable bastante extendido, y programas de nutrición enfocados para atender rápidamente los casos más severos. Claramente el avance en todos los frentes generó sinergias que potenciaron los resultados de cada programa particular.

Además, no bastaba concentrarse exclusivamente en la provisión de los SSB: sin el desarrollo de la educación superior y profesional pública, no se hubieran contado con los cuadros técnicos necesarios para generar esta amplia base de dotación de SSB. La pérdida de prioridad fiscal y social del gasto en SSB, en un contexto de gasto creciente, resulta entonces coherente con esta visión de mejorar la calidad de vida de la población por la vía de la provisión de servicios sociales. Estos recursos crecientes fueron posibles durante las tres primeras décadas de la segunda mitad del siglo XX, cuando la expansión de la demanda mundial por los productos de agroexportación tradicional, decisión política mediante, permitieron financiar un gasto público creciente y un estilo de desarrollo que buscaba la industrialización sustitutiva de importaciones.

En el marco de la crisis económica de los 80, se trató, con bastante éxito, de mantener los logros sociales alcanzados. La existencia de un andamiaje institucional amplio contribuye a explicar este resultado, siendo la educación secundaria la única que salió mal parada. Estabilizada la economía y en un contexto de restricciones fiscales, durante el resto de la década no hubo margen para aumentar el gasto social significativamente. A la vez, las mejoras en los indicadores de resultados se explicarían por usos más eficientes de los recursos.

En las siguientes dos décadas, el Estado ha mantenido y fortalecido su participación en el financiamiento y la provisión de los SSB, en un contexto de reformas económicas enmarcadas en el llamado “consenso de Washington”. Esta situación indica que el país, igual que en el pasado, ha mostrado selectividad en la importación de políticas y amplia capacidad de adaptación local. Por ello, aunque durante los ochenta la política social se tornó más compensatoria y cortoplacista (Trejos, 1991), desde los 90 este no parece ser el caso. Tampoco se corrobora un giro de la política social hacia el asistencialismo: los programas asistenciales no sólo representan una porción limitada del gasto social, sino que en la última década han perdido recursos (Trejos, 2007a).

La recuperación de la prioridad fiscal y macroeconómica de la política social en general y de los SSB en particular, aunque sin recuperar los niveles de gasto por habitante previos a la crisis, han posibilitado ampliar la progresividad y el impacto redistributivo de la política social, que ya era significativo hacia mediados de los ochenta. Pese a mejoras recientes, la no recuperación del gasto por habitante, muestra la necesidad de una reforma fiscal significativa, que haga frente a la eliminación de una de las principales fuentes de financiamiento estatal (los impuestos al comercio exterior), hasta el momento insuficientemente compensadas con el impuesto a los ingresos o al consumo interno. Estos últimos han estado, además, exonerados, total o parcialmente, para los sectores más dinámicos de la economía (sector exportador no tradicional, turismo, sector financiero y servicios profesionales).

Esta situación ha limitado el aporte del gobierno central a los servicios de salud y a los programas de protección social, distintos de las pensiones contributivas. Los servicios de salud, han dependido crecientemente de los ingresos captados mediante impuestos sobre los ingresos del

trabajo. Si bien estos ingresos no parecen haber sufrido por una posible informalización del mercado de trabajo, los cambios en las formas de contratación sin duda serán un desafío hacia el futuro para mantener el financiamiento necesario, en un contexto de costos crecientes en los servicios por el envejecimiento de la población. En ausencia de un real apuntalamiento por parte de los ingresos fiscales, mejoras en la gestión de los recursos y de efectivos programas promocionales de la salud, los servicios estatales de salud serán de los más vulnerables durante la primera mitad del siglo XXI.

Los cambios económicos y sociales demandarán además servicios de suministro de agua de mayor calidad y, sobre todo, del tratamiento adecuado de las aguas residuales, tema en el país tiene una gran deuda acumulada. También se requiere un uso más racional de los recursos hídricos existentes, lo cual demandará de un sistema tarifario que promueva el uso racional del recurso y que cubra los costos de operación, mantenimiento e inversiones requeridas, lo cual requiere transformaciones a nivel municipal. Un sistema de tarifas que garantice el autofinanciamiento del servicio puede, sin embargo, excluir a los más pobres, por lo que se requiere de un sistema de subsidio que debería financiarse mediante el FODESAF o transferencias entre consumidores.

Los servicios de educación por el contrario han gozado en la última década de una prioridad que los ha protegido de las restricciones fiscales. A futuro, los cambios demográficos aliviarán las presiones desde la demanda, ya que la población en edad de estudiar dejará de crecer e incluso empezará a reducirse. Aún así, el contar con los recursos suficientes requerirá de una reforma fiscal que agregue recursos y más que compense el estrujamiento proveniente de las pensiones con cargo del presupuesto nacional, el cual persistirá durante la primera mitad de este siglo. El principal desafío es cómo resolver el claro rezago que muestran los servicios de educación media, tanto en cobertura como en logro y calidad (De Ferranti, et al, 2002). Avances en este campo son condición necesaria para un descenso sostenido en la pobreza, una reversión del proceso de concentración de la distribución del ingreso, y la viabilidad de que el país se inserte en la economía mundial compitiendo no a base de bajos salarios sino con fundamento en recursos humanos calificados y de alta productividad.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial. 1990. *Costa Rica: el gasto público y los sectores sociales*. Washington D. C., Estados Unidos de América: Banco Mundial.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2006. *Panorama Social de América Latina 2005*. Santiago, Chile: Naciones Unidas.

Contraloría General de la República (CGR). 1997. *Gasto Social del Gobierno General: composición, comparación y variación según clasificación institucional*. San José, Costa Rica: documento mimeografiado.

_____ (CGR). *Memoria anual*. San José, Costa Rica: Contraloría General de la República. Varios años (1970 a 1973).

Carmona, K., Ramos, M., Sánchez, F. 2005. Dimensión espacial de la pobreza, distribución del Ingreso y polarización social en Costa Rica. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Economía, Universidad de Costa Rica.

Coto, Mirian. 1992. *Series de ingresos y gastos de los sectores público sociales por institución y clasificación económica*. Informe preparado para la Secretaría Técnica de la Segunda Comisión Mixta de Reforma del Estado. San José, Costa Rica: documento mimeografiado

De Ferranti, David; Guillermo Perry; Indermit Gill; J. Luis Guasch y Norbert Schady. 2002. *Closing the gap in Education and Technology*. World Bank Latin American and Caribbean Studies. Washington D.C., USA: The World Bank.

Dengo, Maria Eugenia. 1999. *Educación costarricense*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.

Figueres, José. 1986. *Escritos y discursos: 1942 - 1962*. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica.

Fischel, Astrid. 1990. *Consenso y represión: una interpretación sociopolítica de la educación costarricense*. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica.

Fonseca, Clotilde. 1991. *Computadoras en las escuelas públicas costarricenses: la puesta en marcha de una decisión*. San José, Costa Rica: Fundación Omar Dengo.

Ganuzza, Enrique; Arturo León y Pablo Sauma (compiladores). 1999. *Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en América Latina y el Caribe. Análisis desde la perspectiva de la iniciativa 20/20*. Santiago, Chile: PNUD, CEPAL y UNICEF.

Garnier, Leonardo. 2005. *El Seguro de Salud en Costa Rica: La encrucijada de un modelo exitoso*. Cuaderno de Ciencias Sociales No. 139. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Académica de Costa Rica.

Garnier, Leonardo y Roberto Hidalgo. 1991. “El Estado necesario y la política de desarrollo”. En Leonardo Garnier, Roberto Hidalgo, Guillermo Monge y Juan Diego Trejos (compiladores): *Entre la ilusión y la desesperanza: una alternativa para el desarrollo de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ediciones Guayacán.

IICE, Instituto de Investigaciones Económicas, Escuela de Ciencias Económicas y Sociales. 1962. *El Desarrollo Económico de Costa Rica, Estudio No. 4. El Sector Público en la Economía Costarricense*. Serie Económica y Estadística No. 10. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica.

Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA). 2003. *Reseña histórica del AyA*. San José, Costa Rica: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados

Larrañaga, Osvaldo. 1997. “Educación y superación de la pobreza en América Latina”. En José V. Zevallos (editor): *Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Quito, Ecuador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Martínez, Juliana y Carmelo Mesa-Lago. 2003. *Las reformas inconclusas: pensiones y salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Fundación Friedrich Ebert.

Mesa – Lago, Carmelo. 1992. *Atención de salud para los pobres en América Latina y el Caribe*. Washington D. C., Estados Unidos de América: Organización Panamericana para la Salud y Fundación Interamericana.

Ministerio de Educación Pública (MEP).1973. *Plan Nacional de Desarrollo Educativo*. San José, Costa Rica: Ministerio de Educación Pública.

Ministerio de Educación Pública (MEP). 1971. *Planeamiento del desarrollo educativo: diagnóstico*. San José, Costa Rica: Ministerio de Educación Pública.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). 1998. *Principales indicadores de Costa Rica. Sistema de indicadores sobre desarrollo sostenible (SIDES)*. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). 1997. *Panorama Nacional 1996*. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica y Ministerio de Salud (MIDEPLAN-MS). 1991. *Situación actual del Programa CEN-CINAI*. San José, Costa Rica: MIDEPLAN. Mimeografiado.

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). 1987. *El gasto público en los sectores sociales: aspectos metodológicos*. Sistema de Indicadores Sociales, documento No. 9. San José, Costa Rica: Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Ministerio de Salud (MS). 2007a. *Modelo conceptual y estratégico del Instituto de Nutrición y Desarrollo Infantil*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud (MS). 2007b. *Programa de Nutrición y Desarrollo Infantil, Datos básicos 2006*. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud. Dirección de Centros de Nutrición y Desarrollo Infantil. Unidad de Información

Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Organización Panamericana para la Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (MS, ICAA y OPS). 2003. *Calidad del agua potable en Costa Rica: situación actual y perspectivas*. Serie Análisis de Situación de Salud No. 13. San José, Costa Rica: Oficina Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud.

Miranda, Guido. 1988. *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Mora, Darner y Héctor Feoli. 2007. *Programa Nacional de Mejoramiento y Sostenibilidad de la Calidad del Agua potable 2007 – 2015*. San José, Costa Rica: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, Laboratorio Nacional de Aguas.

Mora, Rosa María. 1989. *La atención de la familia y la niñez en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Picado, Xinia. 1984. *Análisis de las Políticas Públicas: El Subprograma de Comedores Escolares 1975-1982*. San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica, Trabajo Final de Graduación.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 2006. *Informe sobre el Desarrollo Humano*. http://hdr.undp.org/hdr2006/report_sp.cfm.

Programa Estado de la Nación (PEN). 2004. *Décimo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible*. San José, Costa Rica: Programa Estado de la Nación.

Quesada, Juan Rafael. 1990. “Democracia y educación en Costa Rica”, *Revista de Ciencias Sociales*, No. 48, pp.: 41-58.

Rama, Germán. 1994. *A la búsqueda del siglo XXI: nuevos caminos de desarrollo en Costa Rica*. Informe de la Misión Piloto del Programa de Reforma Social del Banco Interamericano de Desarrollo. San José, Costa Rica: documento mimeografiado.

Rivas, Priscilla. 1999. “Cronología de Políticas de Seguridad Alimentación y Nutrición en Costa Rica”. UNICEF(editor): *Nuestro derecho...la nutrición y Salud en Costa Rica*, año 3, número 1.

Rodríguez, María Elena. 1994. “Educación y sociedad (1940 – 1949)”. En José Mario Salazar (compilador): *El significado de la legislación social de los cuarenta en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ministerio de Educación Pública y Universidad de Costa Rica.

Rovira, Jorge. 1982. Estado y Política Económica en Costa Rica: 1948 – 1970. San José, Costa Rica: Editorial El Porvenir.

Rosero, Luis. 1985. “Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica”. En Asociación Demográfica Costarricense (compilador): *Demografía y epidemiología en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.

Rosero, Luis. 1983. “Las políticas socio-económicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense”. En Asociación Demográfica Costarricense (compilador): *Mortalidad y fecundidad en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense.

Sanguinety, Jorge. 1988. *La educación general en Costa Rica: la crisis y sus posibles soluciones*. San José, Costa Rica: Development Thechnnologies para el Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica.

Sauma, Pablo y Juan Diego Trejos. 1999. “Costa Rica”. En Enrique Ganuza, Arturo León y Pablo Sauma (compiladores): *Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en América Latina y el Caribe. Análisis desde la perspectiva de la iniciativa 20/20*. Santiago, Chile: PNUD, CEPAL y UNICEF.

Seligson, Mitchell, Juliana Martínez y Juan Diego Trejos. 1997. “Reducción de la pobreza en Costa Rica: el impacto de las políticas públicas”. En José V. Zevallos (editor): *Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Quito, Ecuador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Trejos, Juan Diego. 2007a. *Evolución del gasto público social en Costa Rica en la última década: 1995 – 2005*. Documento mimeografiado preparado para el Banco Mundial como insumo para la elaboración del “*Public Expenditure Review*” sobre Costa Rica.

Trejos, Juan Diego. 2007b. “¿A quién beneficia el gasto público social en Costa Rica?”. En Víctor Hugo Céspedes y Ronulfo Jiménez (editores): *IV Jornada Anual de la Academia de Centroamérica. Distribución del ingreso en Costa Rica: 1988 – 2004*. San José, Costa Rica: Academia de Centroamérica

Juan Diego Trejos. 2006a. “La Situación de la pobreza en Costa Rica y los principales retos a asumir”. En Fernando Herrero y Gladys González (editores): *Pobreza*. Talón de Aquiles del Desarrollo Costarricense. San José, Costa Rica: PROCESOS

Trejos, Juan Diego. 2006b. *Evolución del Gasto Social en un contexto de restricciones fiscales*. Documento preparado para el Duodécimo Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible.

Trejos, Juan Diego. 2004. “La inversión social en la infancia”. En Universidad de Costa Rica y Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UCR / UNICEF): *IV Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica*. San José, Costa Rica: UCR / PRIDENA – UNICEF.

Trejos, Juan Diego. 1991. “La política social y la valorización de los recursos humanos”. En Leonardo Garnier, Roberto Hidalgo, Guillermo Monge y Juan Diego Trejos (compiladores): *Entre la ilusión y la desesperanza: una alternativa para el desarrollo de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ediciones Guayacán.

Trejos, Juan Diego e Inés Sáenz. 2006. *Impacto redistributivo de la política social en Costa Rica*. Ponencia presentada al Simposio: Costa Rica a la luz de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Noviembre: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Universidad de Costa Rica, Programa Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, con el auspicio financiero del Banco Mundial.

Trejos, Juan Diego, Adrián Rodríguez, Inés Sáenz y Xinia Picado. 1994. *La lucha contra la pobreza en Costa Rica: instituciones, recursos y programas*. Documento de Trabajo No. 181. San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica.

Ulate, Anabelle, Nancy Montiel, Luis C. Peralta, Juan D. Trejos e Inés Sáenz. 2004. *La educación en Costa Rica: ¿Un solo sistema?* San José, Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica.