

EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA

ALGUNOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE LA DETERMINAN

*Sonia María Amador Berrocal**

Los datos de mortalidad son quizá los más accesibles y algunas veces la única fuente de información demográfica disponible en muchos países, por lo que tradicionalmente la salud de las poblaciones se ha valorado utilizándolos. Si bien se acepta que el índice más sensible para estimar esa salud es la mortalidad proporcional en mayores de 50 años, también es cierto que en países donde la población es joven, la mortalidad infantil es un indicador mucho mejor y este es el caso de Costa Rica, de ahí la importancia de su análisis (León: 1983, p. 3).

Al estudiar la mortalidad infantil en el mundo actualmente, encontramos que ésta tiene una distribución geográfica, siendo alta en el mundo subdesarrollado pero controlada en los países desarrollados. Aunque los procesos biológicos que culminan con la defunción del niño son bastante conocidos, estos a su vez están determinados por otros procesos históricos, de evolución en las diferentes sociedades, sumamente complejos y menos conocidos (Behm: 1980, p. 10).

Diversos estudiosos han tratado esta problemática, entre ellos está Mosley (1984, p. 27-40) quien plantea que existen determinantes próximos o variables intermedias que influyen directamente el riesgo de morbilidad y mortalidad. Todos los determinantes socioeconómicos operan a través de esas variables que afectan la sobrevivencia infantil. Los determinantes próximos se agrupan en cinco categorías:

- a) Factores maternos (edad, paridez, intervalos entre embarazos).
- b) Contaminación ambiental (gérmenes patógenos en el aire, agua, suelo, cuerpo, insectos vectores).
- c) Deficiencias en el aporte de nutrientes (calóricas, proteínicas o de micronutrientes).
- d) Lesiones (accidentales o intencionales).
- e) Medidas personales para prevenir y tratar las enfermedades.

Los determinantes socioeconómicos son más complejos y variados, se agrupan en tres categorías según el nivel en el cual operan:

- a) Individual, que van a depender de la educación materna, la salud y el tiempo disponible. También influye el padre con su capacitación, ingresos y servicios accesibles a la familia, además de la composición familiar.
- b) Cultural, como tradiciones, normas, actitudes y valores que a su vez son reguladores del comportamiento.
- c) Institucionales, tales como política económica, infraestructura, sistema de salud y otros.

Esta sistematización ofrece la posibilidad de identificar los determinantes que inciden en la mortalidad infantil y así elegir las tácticas necesarias para reducir y superar la deficiencia.

Schultz (1985, p. 229-233) considera que los factores que afectan la salud del niño, se encuentran tanto a nivel de hogar como en la comunidad. En el hogar van a depender de los insumos que la familia obtenga y asigne para la salud infantil, los cuales estarán determinados por las metas individuales que las personas establecen en sus vidas y de la biología misma de los niños que nacen en ese hogar, quienes manifiestan todo un espectro de demandas; ambos factores de muy difícil medición. Este conjunto constituye la "función de producción de salud". También operan los recursos humanos y económicos que la familia posee y su relación directa con el otro gran grupo de factores proveniente de la comunidad, tales como precios, salarios, disponibilidad de diversos servicios y otros, en su totalidad llamados "función de demanda de insumos de salud". Esta otra concepción es importante porque permite estudiar simultáneamente las variables comunitarias y familiares que influyen en la sobrevivencia del niño.

* Licenciada en Biología, Profesora de la Cátedra de Fundamentos de Biología de la Escuela de Estudios Generales.

En el presente trabajo se analizará la situación de tres factores socioeconómicos: el empleo, la educación materna y la vivienda, correlacionándolos con la evolución de la mortalidad infantil en Costa Rica, especialmente durante la década de los 80.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ CENTROAMERICANA

Según el informe de los países de la región presentado por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) en la Cuarta Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá, efectuado en 1988, en San José, Costa Rica, la mortalidad excesiva prevalece, tanto infantil (defunciones de menores de un año) como en la edad de uno a cuatro años, pero presenta diferentes características en cada país. (CELADE: 1988, p. 5). Dicho informe clasifica de alta mortalidad a El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Costa Rica se encuentra en una etapa más avanzada hacia menores riesgos. Al comparar el primer grupo con este último país, se encuentra en aquellos un riesgo cuatro veces mayor en la infantil, siendo siete veces más alto, en la posneonatal (defunciones de menores con edades entre un mes y un año) y trece veces mayor en edades de 1 a 4 años.

Panamá y Belice ocupan una posición intermedia, indudablemente más avanzados en la reducción del riesgo de muerte en la niñez que el primer grupo de países.

Entre las principales causas de muerte en el menor de un año están en primer lugar las infecciones intestinales, que producen aproximadamente un tercio de las defunciones, le siguen las infecciones respiratorias agudas (CELADE: 1988, p. 8-9) y aún en El Salvador (CELADE, El Salvador: 1988, p. 20), Guatemala (CELADE, Guatemala: 1988, p. 22) y Honduras (CELADE, Honduras: 1988, p. 24) las enfermedades infecciosas previsibles por vacunación tienen un efecto importante. Esta situación coincide plenamente con los datos de la Organización Panamericana de la Salud, para el resto de América Latina (OPS: 1974, p. 17-18).

Las causas de muerte más comunes de uno a cuatro años se repiten en el grupo de países de alta mortalidad (CELADE: 1988, p. 12), pero se reducen significativamente en Belice (CELADE, Belice: 1988, p. 16), Panamá (CELADE: Panamá: 1988, p. 29), y Costa Rica (CELADE, Costa Rica: 1988, p. 24).

SITUACIÓN COSTARRICENSE

Como lo muestra el estudio del CELADE al analizar las causas de defunción en la niñez para Costa Rica, en el lapso 1970-80 disminuyó considerablemente la mortalidad por enfermedades infecciosas, principalmente intestinales y respiratorias agudas, cobrando mayor importancia la provocada por anomalías congénitas. A partir de 1980 las tasas reduccionales tienden más bien a estabilizarse (CELADE, Costa Rica: 1988, p. 40).

En Centroamérica, la población rural, debido en parte a su mayor fecundidad, en términos generales aporta dos tercios del total de defunciones infantiles, lo cual la eleva notablemente con respecto a la mortalidad urbana (CELADE: 1988, p. 12), siendo en Costa Rica esa diferencia entre muertes urbanas y rurales mucho menor, a pesar de que aquí también es más alta la fecundidad rural (Rosero: 1983, p. 67-68), gracias a una disminución mayor de la mortalidad en el sector rural que en el urbano (CELADE, Costa Rica: 1988, p. 15).

En términos generales la mortalidad en la niñez es más alta entre el grupo de campesinos pobres, peones agrícolas y asalariados manuales no agrícolas, con educación materna baja e incompleta y en familias que ocupan viviendas no adecuadas (CELADE, Costa Rica: 1988, p. 36).

Esto coincide plenamente con el diagnóstico de Behm (1976, p. 33), según el cual existen varios componentes del nivel de vida, dentro de los que destacan tres: ingreso económico, vivienda y educación, que no son específicos de la atención médica pero que tienen en conjunto fuerte influencia en la sobrevivencia del niño.

Trejos y Elizalde (1985, p. 25-58) en una encuesta realizada en 1983, encontraron que en grupos de familias clasificadas por el monto del ingreso familiar *per cápita*, el acceso a beneficios sociales como vivienda, salud, educación y nutrición era relativamente homogéneo; sin embargo sus datos acusan que el 20% más rico de la población recibe el 51.8% del ingreso total, el 50% de menores ingresos accede únicamente al 20.1%, el 30% intermedio recibe un 28.1% y dentro del 20% más pobre se encuentran tasas elevadas de desempleo, menor afiliación a la seguridad social y en su mayoría residen en zonas rurales.

RESEÑA HISTÓRICA DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA

Según los datos aportados por Rosero (1985, p. 14-16), para comienzos del presente siglo la mortalidad infantil era aproximadamente de un 200 por mil, pero a partir de 1920 inició un descenso, a veces interrumpido, hasta que en 1972 alcanzó un 60 por mil. De 1973 en adelante se aceleró notablemente ese descenso, llegando a un punto de estancamiento en 1981, año a partir del cual se mantuvo en una tasa de 20 por mil (Tasa de mortalidad infantil: defunciones de menores de un año en un período definido, sobre nacimientos vivos ocurridos en ese período, multiplicado por mil. -Min. Salud, Anuario 1980, p. I-III-).

Durante la primera etapa mencionada (1920-1972) el descenso osciló entre 1.4% y 3.8% y en el segundo período (a partir de 1973) fue en promedio del 12.9% anual.

Rosero (1985, p. 15) encontró que hasta 1972 el descenso dado se debió fundamentalmente a la disminución de la mortalidad por diarreas e infecciones respiratorias agudas y en menor grado a la baja de los problemas perinatales (El período perinatal se extiende desde 294 días de vida fetal hasta siete días después de nacido).

En el período 1973-80 se presentó un descenso acelerado gracias a controles más efectivos en las causas mencionadas, a los que se agregó una baja en la prematuridad.

Fundamentalmente, concluye el autor en mención, el descenso total de la mortalidad infantil en el país se dio por la disminución más acentuada en el grupo de 25 cantones que hasta 1970 tenían una alta mortalidad, mientras que los 21 cantones con mejores índices socioeconómicos y más atención de salud, lograron un descenso menor. Ello se debió al progreso socioeconómico previo, a mejoras de la educación primaria y secundaria, al nivel inicial de la mortalidad infantil, al descenso en la fecundidad, pero sobre todo a la extensión de los servicios médicos que cubrió a la población rural, incluyendo la más dispersa (Rosero: 1985, p. 28).

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN A PARTIR DE 1980

A partir de 1980 se observa que las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, correspondientes al grupo de enfermedades cuya mortalidad es reducible, también se estancaron en ese proceso reduccional que se venía dando (Behm y Guzmán: 1980, p. 7). Si se compara Costa Rica con Estados Unidos se encuentra que aproximadamente el 60% de las muertes infantiles podrían ser evitadas, las cuales se vinculan principalmente a enfermedades diarreicas, que forman una quinta parte de la mortalidad en exceso, y a infecciones respiratorias agudas, casi un 30% (CELADE: 1988, p. 29).

Al reducirse la mortalidad por causas evitables tanto en Estados Unidos como en Costa Rica, cobran importancia ciertas causas del período perinatal ocasionando el 48% de todas las defunciones en el primer año de vida y solamente se han logrado avances importantes ante las muertes causadas por el bajo peso al nacer (Behm y Guzmán: 1980, p. 7).

Debe tenerse presente que en el período 1980-82, Costa Rica experimentó una profunda crisis, resultado de la convergencia de tres fenómenos: los problemas estructurales planteados por el agotamiento del modelo de desarrollo, factores de carácter externo que afectaron negativamente la balanza de pagos y una inadecuada política económica que afectó a todos los sectores económicos y sociales (MIDEPLAN: 1987, p. 7); la tasa de desempleo abierto aumentó hasta alcanzar un 9.4%, el salario real se redujo aproximadamente en 40% y la proporción de familias pobres se incrementó en un 53%; en síntesis, sus efectos se manifestaron en toda la sociedad.

A partir de 1983 se logró una relativa estabilidad que permitió mejorar notablemente la situación socioeconómica. El salario promedio real creció en un 55% entre julio de 1982 y julio de 1985. El empleo también aumentó, aunque su estructura fue modificada: pasó a un mayor grado de informalización que en épocas pasadas, pues la absorción se centró en los sectores de comercio y servicio y más débilmente en agricultura y servicios básicos (MIDEPLAN: 1987, p. 10-11).

En los años posteriores a 1983 la recuperación económica no trajo mejoras a la tasa de mortalidad, sino que siguió siendo estable.

RUTA SEGUIDA EN EL TRIENIO 1986-87-88

Los logros obtenidos por el país en el campo de la salud al iniciar este período se reflejaban en los altos índices alcanzados, ampliamente reconocidos a nivel internacional. Costa Rica exhibía en 1985 la esperanza de vida más alta

(74.1 años) y la mortalidad infantil más baja (18 por mil) de América Continental e integraba con Cuba (74 años y 17 por mil) y Puerto Rico (73 años y 19 por mil), los países más avanzados en longevidad y mortalidad infantil (MIDEPLAN: 1987, p. 29). A pesar de reconocer estos avances, en el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990, de la administración Arias Sánchez, encontramos: "En la fase actual de nuestro desarrollo, los problemas sociales que prevalecen son de naturaleza muy específica. Hay cinco áreas que permanecen rezagadas, hacia las cuales estarán especialmente dirigidas las acciones gubernamentales. Estas son: vivienda, empleo, democratización económica, democratización geográfica y participación equitativa de la mujer en el proceso de desarrollo. Otras áreas del ámbito social, como Salud y Educación, mantendrán la importancia que Costa Rica les ha dado en el pasado, adaptándose además para cumplir con los retos del futuro" (MIDEPLAN: 1987, p. 43).

Como ha establecido el CELADE (Costa Rica: 1988, p. 29), para 1980 los hijos nacidos en familias de clase media alta alcanzaron una mortalidad infantil tan baja como 8 por mil, pero simultáneamente había grupos expuestos a una mortalidad que podría llegar hasta el 43 por mil. Esta elevada tasa aparece vinculada principalmente a las condiciones insuficientes de los asalariados agrícolas y manuales, al analfabetismo materno y a la vivienda en malas condiciones; tal situación continuaba muy parecida en 1986, por eso fue que empleo, vivienda y programas de la mujer se consideraron dentro de las áreas importantes por las que el Gobierno debía velar, "asegurando los derechos en estos campos a todos los costarricenses" (MIDEPLAN: 1987, p. 43), siendo obvio el resultado positivo esperado en la sobrevivencia infantil.

El Ministerio de Salud, consciente de que las diferencias en cuanto al índice de la mortalidad en estudio son socioeconómicas, ha puesto especial interés en 30 cantones designados "prioritarios", ya que es allí donde ocurren el mayor número de muertes infantiles (Oviedo: 1989). (Ver cuadro N° 1).

Es necesario aclarar que el país se encuentra dividido en siete regiones de planificación a saber: Chorotega con 12 cantones, Pacífico Central con 8 cantones, Huetar Norte, Huetar Atlántico y Brunca con 6 cantones cada una, la Central Sur con 22 cantones y la Central Norte con 21 (Min. Salud, mapa: 1989).

A continuación se muestran los 30 cantones prioritarios y su distribución en las regiones de planificación:

Región Central Sur: Acosta y Turrubares.

Región Huetar Norte: Sarapiquí, San Carlos, Los Chiles y Guatuso.

Región Chorotega: Upala, Liberia, Nicoya, Santa Cruz, Bagaces, Carrillo, Cañas, Abangares y La Cruz.

Región Pacífico Central: Puntarenas Central, Aguirre, Parrita y Garabito.

Región Brunca: Buenos Aires, Osa, Golfito, Coto Brus y Corredores.

Región Huetar Atlántica: Limón, Pococí, Siquirres, Talamanca, Matina y Guácimo.

Se observa en la lista anterior que no está incluido ningún cantón de la región Central Norte, solamente 2 de los 22 pertenecientes a la región Central Sur, 4 de 6 y 4 de 8 correspondientes a las regiones Huetar Norte y Pacífico Central, respectivamente, la región Chorotega, con 12 cantones, tiene 9 como prioritarios y se incluyen los 6 cantones, o sea la totalidad, de la región Huetar Atlántica.

En el período 1980-81 la tasa de mortalidad infantil para el total del país fue de 18.5 (CELADE, Costa Rica: 1988, p. 20) y descendió a 18.0 en 1985. Durante el trienio 1986-88 (Min. Salud, A.I.: 1989, p. 10) se redujo a 16.6.

Para comparar el grupo de cantones de más baja mortalidad, o sea los pertenecientes a la región Central Norte, cuya tasa es de 13.9 (Min. Salud, A.I.: 1989, p. 10-11), con el conjunto de cantones prioritarios (Min. Salud, M.G.: 1989) establecidos por el Ministerio de Salud, los cuales tienen una tasa de mortalidad infantil promedio de 21.0, se presenta el cuadro N° 1.

Según el CELADE (Costa Rica: 1988, p. 31) en el período 1985-1986, la tasa de mortalidad infantil por mil fue, en el grupo de menores defunciones de 16.0 y en el de alta mortalidad, compuesto por los 30 cantones prioritarios, de 19.9; dando una diferencia entre ambos grupos de 3.9 cifra que se ve aumentada a 7.1 cuando se compara con la tasa de mortalidad infantil del trienio 1986-87-88. Debe tenerse presente que las tasas de 1986 se incluyen tanto en el primero como en el segundo período considerados. Es notable que la tasa disminuyó en el grupo de baja mortalidad pero aumentó en el de alta mortalidad, siendo ese incremento de 3.2. Esto es contrario a lo ocurrido en la década de los 70.

Un diagnóstico emanado del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR (1989, p. 153) afirma que los altos niveles socioeconómicos alcanzados en el país se han visto deteriorados por el ingreso de refugiados y desplazados externos (personas que deben abandonar su país, ya que sus actividades habituales se ven

afectadas por el conflicto que impera, limitando su seguridad, libertad y las actividades económicas que les permiten subsistir –ACNUR: 1989, p. 155–), principalmente nicaragüenses y salvadoreños durante la década de los 80. A su ingreso son portadores de índices peligrosos de desnutrición, enfermedades infectocontagiosas, analfabetismo y otros aspectos negativos propios de la pobreza extrema, que han obligado a las autoridades nacionales a compartir con ellos, los recursos de salud y educación para atender esas necesidades, pues la ayuda internacional ha sido insuficiente.

CUADRO N° 1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN LOS CANTONES PRIORITARIOS
Y SUS DIFERENCIAS CON LA REGIÓN CENTRAL NORTE

Cantones prioritarios	Tasa mortalidad infantil por cada 1000 nacimientos	Diferencia con la Región Central Norte
Acosta	23.2	9.3
Turrubares	33.4	19.5
San Carlos	14.9	1.0
Upala	16.9	3.0
Los Chiles	14.4	0.5
Guatuso	22.0	8.1
Sarapiquí	15.2	1.3
Liberia	24.3	10.4
Nicoya	23.0	9.1
Santa Cruz	19.7	5.8
Bagaces	14.1	0.2
Carrillo	24.9	11.0
Abangares	15.5	1.6
La Cruz	20.7	6.8
Puntarenas Ctl.	16.9	3.0
Buenos Aires	27.2	13.3
Osa	18.9	5.0
Aguirre	26.2	12.3
Golfo	16.1	2.2
Coto Brus	19.6	5.7
Parrita	18.5	4.6
Corredores	23.6	9.7
Garabito	19.8	5.9
Limón	22.9	9.0
Pococí	19.1	5.2
Siquirres	16.2	2.3
Talamanca	28.1	14.2
Matina	25.0	11.1
Guácimo	16.8	2.9
PROMEDIO	21.0	7.1

Fuente: Ministerio de Salud, 1989.

Puesto que el descenso de la mortalidad infantil en un país está determinado por diversos factores, analizaremos a continuación algunos de los que múltiples investigadores han detectado como importantes para Costa Rica.

SITUACIÓN DEL EMPLEO

Antes de adentrarnos en esta problemática es necesario definir algunos términos, según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (1988, p. 76), que se utilizarán con frecuencia, los cuales aparecen a continuación:

Fuerza de trabajo o población económicamente activa: Comprende la población de 12 años y más, ocupada y desocupada.

Ocupados: Son aquellas personas de 12 años y más que trabajaron una hora o más durante la semana de referencia. Se incluyen también aquellas personas que teniendo un trabajo estuvieron ausentes de él por razones tales como enfermedad, huelga, mal tiempo, vacaciones, etc.

Desocupados o desempleo abierto: Son las personas de 12 años y más, que nunca han trabajado y buscan trabajo por primera vez (nuevos trabajadores) y aquellas, también con 12 años y más que han perdido su trabajo o bien han renunciado a él y buscan un nuevo trabajo (cesantes). Para que una persona se clasifique como desocupada debe haber buscado trabajo durante la semana de referencia o haberlo dejado de hacer sólo momentáneamente.

Subempleados: Son aquellas personas que trabajaron menos tiempo que lo normal, manifestaron deseos de trabajar más y no lo hicieron por falta de trabajo (subempleo visible) y aquellas personas que trabajando la jornada normal o más perciben una ganancia excesivamente baja (subempleo invisible).

Inactivos: Son todas las personas de menos de 12 años y aquellas de 12 años y más que no forman parte de la fuerza de trabajo. Es decir, todas aquellas que no trabajan ni buscan empleo. Entre las personas inactivas de 12 años y más, se encuentran las amas de casa, los estudiantes, los pensionados, los inválidos, etc., siempre y cuando no trabajen, ni busquen empleo.

Entre 1980 y 1982 la población económicamente activa de Costa Rica se incrementó en forma acelerada, con una tasa de crecimiento medio anual del 4.4% y la incorporación de un promedio de alrededor de 34.000 trabajadores por año. Este aumento puede considerarse particularmente elevado si se compara con el de las tres últimas décadas.

Según Erazo (1983, pp. 17-18) ese incremento obedeció a la modernización acentuada que se manifestó en el país, por medio de la cual los mecanismos de mercado se ensancharon y envolvieron a los diferentes sectores económicos, involucrando de múltiples maneras a la fuerza de trabajo. Además, la presión sobre los mercados laborales aumentó proporcionalmente con el proceso inflacionario que erosionó los salarios reales y debilitó la capacidad de compra del grupo familiar, obligando a miembros inactivos del mismo, a incorporarse al mercado de trabajo; en el mejor de los casos se integraron en calidad de ocupados, pero otros quedaron como desocupados que buscaban trabajo activamente. Además de los desplazamientos que a nivel de la población ocupada ocasionó este fenómeno, fue característico que el grupo de los que buscaban trabajo por primera vez aumentara en forma paulatina.

Casi el 80% del incremento total de la fuerza de trabajo en ese período se concentró en el sector agrícola y en el de servicios personales tomados en conjunto, probablemente debido ello a la crisis económica y a la imposibilidad de situarse en los otros sectores productivos y el comercio (Erazo: 1983, p. 26), o sea, ciertos sectores de la población se replegaron a las llamadas "economías de subsistencia".

En el lapso comprendido entre 1983 y 1985 la población económicamente activa aumentó poco, sólo se registró un incremento en la tasa de 0.4 con respecto al promedio del trienio anterior, pero en las tasas de ocupación y desocupación, más bien hubo una leve disminución de 0.1, cifra que aunque baja, cobra mayor significado cuando se considera el aumento en la fuerza de trabajo.

Para el período 1986-87 se había engrosado aún más la población económicamente activa. Comparada con el lapso anterior, esta tasa creció en 1.0, pero el mayor aumento se dio en el campo de los ocupados siendo de 2.7. Se registraron disminuciones en las tasas de desocupados, subempleo visible y subempleo invisible a partir de 1980, pero las mejores bajas ocurrieron en el período 1986-87. (Ver cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

TASAS DE EMPLEO DE LA POBLACIÓN TOTAL DEL PAÍS
 AGRUPADAS EN TRES PERÍODOS
 (En términos porcentuales)

Tasa de empleo	Períodos		
	80-81-82	83-84-85	86-87
Fuerza de trabajo	35.2	35.6	36.6
Ocupados	46.2	46.1	48.8
Desocupados	8.0	7.9	5.9
Subempleo Visible	5.8	5.5	4.1
Subempleo Invisible	4.4	4.0	3.0

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.

Desde luego estos cambios en la situación del empleo están íntimamente relacionados con el aumento de la población en el país, la concentración de servicios públicos y el incremento de actividades como industrias manufactureras, textiles, procesadoras agropecuarias y otras que a su vez constituyen factores determinantes para la migración campo-ciudad pues son fuertes atractivos de mano de obra, cuando además, simultáneamente se está reduciendo la capacidad para absorber empleo en el sector agrario. (Ver cuadro N° 3).

CUADRO N° 3

EMPLEOS GENERADOS POR ALGUNAS ACTIVIDADES
 (En términos porcentuales)

Actividad	Generación de empleo
Manufactura	4.72
Comercio	4.64
Servicios	4.36
Servicios básicos	3.23
Construcción	1.97
Agricultura, silvicultura, casa y pesca	0.70

Fuente: Benavides, 1989.

El sector agrícola cubrió el 34.57% de la población ocupada del total del país en 1976, mientras en 1986 descendió al 26.91%.

En el período 1985-86 las industrias manufactureras y la construcción acapararon el 81% de los puestos de trabajo. Es importante anotar que en la distribución de empleo por grupos ocupacionales, los operarios y artesanos constituyen casi la mitad de la población ocupada (Benavides: 1989).

Analizando únicamente la situación del desempleo de 1987 a 1988 por regiones de planificación y considerando sólo los sectores de agricultura, construcción e industrias manufactureras, donde se encuentra incluido el grueso de

campesinos pobres, peones agrícolas y asalariados manuales no agrícolas, actividades todas íntimamente relacionadas con la alta mortalidad infantil del país, se encuentra que en el Área Metropolitana de la región Central el mayor aumento se dio en agricultura (8.2), le sucede la construcción (5.5) y finalmente la industria manufacturera (2.5). En el resto de la región Central disminuyó el desempleo en agricultura, pero aumentó en construcción e industrias manufactureras. Para la región Chorotega las tasas de desempleo aumentaron en las tres actividades, totalmente contrario a lo ocurrido en el Pacífico Central donde disminuyeron.

En la región Brunca el desempleo disminuyó en construcción e industrias manufactureras, pero aumentó en agricultura, lo cual fue similar en la Huetar Atlántica junto con las industrias manufactureras, solamente se registró descenso en la actividad de construcción. Finalmente, en la región Huetar Norte se observa descenso tanto en agricultura como en construcción pero aumentó el desempleo en las industrias manufactureras. (Ver cuadro N° 4).

CUADRO N° 4

TASAS DE DESEMPLEO EN TRES ACTIVIDADES POR REGIÓN
(En términos porcentuales)

Región	1987			1988			Diferencia		
	Agric.	Const.	Ind. Man.	Agric.	Const.	Ind. Man.	Agric.	Const.	Ind. Man.
Área Metrop.	3.1	4.7	4.7	11.3	10.2	7.2	+8.2	+5.5	+2.5
Resto Región Central	4.3	7.6	4.5	3.1	8.0	5.5	-1.2	+0.4	+1.0
Chorotega	3.1	7.9	4.6	4.7	11.7	7.3	+1.6	+3.8	+2.7
Pacíf. Central	4.5	15.8	13.7	1.3	7.0	6.5	-3.2	-8.8	-7.2
Brunca	2.3	10.1	5.7	2.7	5.3	5.0	+0.4	-4.8	-2.7
Huetar Atlán.	3.8	7.4	8.3	4.1	5.7	8.6	+0.3	-1.7	+0.3
Huetar Norte	1.1	5.2	-	0.6	2.3	3.1	-0.5	-2.9	+3.1

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.

En la región Central, tomando conjuntamente Norte y Sur, que en general es la menos problemática en salud infantil, fue donde más fuertemente aumentó el desempleo en las actividades anotadas, excepto para agricultura fuera del Área Metropolitana. Esto es razonable puesto que se trata de la zona más desarrollada del país, donde existe la mayor diversidad de actividades económicas generadoras de empleo. Sin embargo ello no indica la situación real, donde además están influyendo otros factores tales como migraciones internas y externas.

Un 75% de los cantones pertenecientes a la región Chorotega son considerados prioritarios en salud y vemos cómo en todas las actividades estudiadas para esa región el desempleo aumentó, a pesar de que tradicionalmente esta zona se ha dedicado a la producción agropecuaria. Al consultar el cuadro N° 1 se encuentra que Carrillo, Cañas, Liberia y Nicoya tienen aún diferencias muy elevadas con respecto a la región Central en mortalidad infantil y según la situación de empleo, pocas esperanzas de superarla a corto plazo. Además el problema se ve agravado con el subempleo visible (ver cuadro N° 5) cuya tasa aumentó para esta región en 1.3 de 1987 a 1988. No se toma en cuenta la migración de esta zona a otras regiones.

Para el Pacífico Central la baja en el desempleo parece ofrecer buenas perspectivas a la salud infantil aunque el 50% de sus cantones está considerado prioritario y Aguirre tiene todavía una mortalidad alta.

La región del país más problemática en salud, con un 100% de cantones prioritarios es la Huetar Atlántica y en ella tampoco se vislumbran prontas soluciones pues más bien ha aumentado el desempleo en labores agrícolas, fuerte de la economía de esta población.

Tal vez los grupos humanos más difíciles de abarcar por los diferentes programas del Gobierno son aquellos residentes en las regiones fronterizas del país; ya hemos analizado la difícil situación de uno de ellos, la Chorotega, pero faltan aún la Brunca y la Huetar Norte. En la primera, limítrofe con Panamá, el 83.3% de sus cantones son prioritarios. Hemos visto cómo aumentó el desempleo en agricultura, pero disminuyó en construcción y en industrias manufactureras. Sumado a esta crítica situación, el subempleo visible es el más alto del país (cuadro N° 5) probablemente ayudado por inmigraciones extranjeras. Para la Huetar Norte, con 66.6% de cantones prioritarios, limítrofe con Nicaragua, la situación es levemente diferente pues disminuyó la tasa de desempleo en agricultura y construcción, pero también aquí el subempleo visible está afectando a la población.

Del cuadro N° 5 puede inferirse que en las regiones Central, Pacífico Central y Huetar Atlántica el subempleo visible ha disminuido.

CUADRO N° 5

TASAS DE SUBEMPLEO VISIBLE POR REGIÓN
(En términos porcentuales)

Región	1987	1988	Diferencia
Area Metropolitana	2.3	1.8	-0.5
Resto Región Central	3.4	3.1	-0.3
Chorotega	5.2	6.5	+1.3
Pacífico Central	5.2	1.2	-4.0
Brunca	2.6	4.1	+1.5
Huetar Atlántica	3.6	3.1	-0.5
Huetar Norte	0.8	2.2	+1.4

Fuente: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 1989.

Ya se ha mencionado que la inmigración puede estar siendo otro factor que se suma a las dificultades que deben vencerse para bajar la tasa de mortalidad infantil, especialmente en las regiones limítrofes.

Según Jiménez (1983, p. 205) "todos los inmigrantes han dejado sentir su influencia en el desarrollo de Costa Rica y en sus características sociales y culturales". De acuerdo con un estudio que este autor realizó en 1983, para abril de ese año había dentro del país aproximadamente 209.000 extranjeros, de los cuales el 35.4% (74.100 personas) eran de origen nicaragüense y el 23% (48.200 personas) panameños. Ambos grupos constituían a la fecha el 58.4% del total de extranjeros, siendo los más importantes en cantidad. Datos calculados en noviembre de 1989 por el ACNUR dan un total de 250.000 desplazados centroamericanos viviendo en Costa Rica, más 40.767 personas que se encuentran en calidad de refugiados (ACNUR: 1989, p. 154-155).

En Costa Rica las estadísticas no proporcionan información acerca de las características demográficas y socioeconómicas de los inmigrantes, y tampoco se les da seguimiento después de que entran al país (Jiménez: 1983, p. 208), sin embargo, el ACNUR (1989, p. 167) señala que la masa inmigrante, legal o ilegal, se convierte a un ritmo acelerado en fuerza de trabajo “que compite por los espacios laborales destinados fundamentalmente a los sectores de menos recursos económicos, aumentando la desocupación”.

Debido a la inestable situación política del istmo las inmigraciones han continuado y también en 1983 Bogán (1983: p. 222) calculó que durante la década de los 80 debían crearse más de 200.000 empleos nuevos sólo para absorber el crecimiento natural de la mano de obra nacional, cifra que podría aumentar en un 50% si el flujo migratorio continuaba. Según sus propias palabras “urge que el Gobierno costarricense establezca una política de población que incluya tanto una política migratoria global como una de empleo acorde con los planes de desarrollo del país” (Bogán: 1983, p. 222).

Debe tenerse presente que a nivel individual existen una serie de factores como capacitación del padre, educación de la madre, hábitos alimenticios e higiénicos, además de los patrones culturales, factores socioeconómicos y otros que en conjunto van a contribuir en la determinación del índice de mortalidad infantil de un pueblo, y que son Nicaragua y El Salvador los países de origen del mayor número de inmigrantes, ambos con índices de mortalidad infantil bastante más elevados que los de Costa Rica.

EDUCACIÓN FEMENINA

Aunque el grupo de mujeres analfabetas era minoritario en 1984, constituyendo el 12% de las mujeres en edad fértil (CELADE, Costa Rica: 1988, p. 27), forma parte de los problemas que se suman en la lucha contra la mortalidad infantil. En Costa Rica el Ministerio de Educación Pública a lo largo de varias generaciones ha desarrollado programas tendientes a desaparecer este problema que aún persiste. Paralelo a la educación formal impartida por ese Ministerio, cuyos resultados es posible observar a largo plazo, se creó el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia el 20 de marzo de 1986, como un órgano adscrito al Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. Este es el ente rector de las políticas dirigidas a la mujer. “Su meta fundamental es mejorar la situación general de la mujer, especialmente de aquellas en áreas urbanas marginales y rurales que han estado prácticamente desvinculadas de los beneficios del desarrollo socioeconómico del país” (Min. Cultura: 1986).

Por ser una institución nueva, recientemente dotada de recursos financieros, sus logros han sido tímidos. A partir de julio de 1989 se inició una serie de talleres, sobre diferentes tópicos en salud, dentro de los cuales destacan los relativos a la higiene y cuidados materno-infantiles. Inicialmente se impartieron en pocos cantones, pero proyectan extenderlos a la totalidad de las regiones de planificación (Flores: 1989).

Durante el trienio 1986-87-88 no se aprecian cambios en la educación de la mujer con respecto al período anterior, por las razones ya anotadas, habrá que esperar los logros de esta nueva institución.

Por otra parte, debemos tener presente que según el ACNUR (1989, p. 166), el grueso de la corriente migratoria que ingresa al país, está constituida por personas analfabetas.

LA VIVIENDA COMO FACTOR ASOCIADO CON LA MORTALIDAD INFANTIL

De diversas maneras, el estado de la vivienda tiene consecuencias directas en la salud de los niños que la habitan. Si ésta es pequeña para el número de miembros del grupo familiar, el hacinamiento favorece la transmisión de gran cantidad de enfermedades infecciosas. Cuando el clima es frío y la casa no brinda el abrigo necesario, aumentan las posibilidades de contraer enfermedades respiratorias agudas. Además, la difusión de enfermedades diarreicas, que a su vez afectan la nutrición infantil, va a estar determinada fundamentalmente por el suministro de agua y la eliminación de excretas (Behm y Guzmán: 1980, p. 38). Este último punto es tan importante que el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1983, p. 5) ha estado particularmente interesado en el “Decenio internacional del agua potable y del saneamiento ambiental” en los países subdesarrollados. Por este mismo motivo se hará énfasis especial en el abastecimiento de agua y la disposición de excretas. (Ver cuadro N° 6).

Los criterios utilizados para caracterizar las zonas como rural o urbana, varían de un país a otro; se pueden encontrar indicadores tales como tamaño, densidad, distancias a otros centros, criterios administrativos, socioeconómicos y combinaciones de algunos de ellos (Rincón: 1984, p. 13). El Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados define población urbana como aquella que reside en localidades de dos mil y más habitantes y rural la que habita en localidades con menos de dos mil habitantes (Araya: 1989).

En el cuadro N° 6 se compara la situación de las comunidades urbana y rural en cuanto a abastecimiento con facilidad de acceso a agua potable y disposición sanitaria de excretas, durante los trienios 1983-85 y 1986-88.

Se observa fácilmente que desde el inicio del primer período en estudio, el abastecimiento de agua potable cubría la totalidad de la población urbana, no ocurriendo lo mismo en las zonas rurales, sin embargo, en ésta se dio un aumento en el segundo trienio. En cuanto al alcantarillado sanitario y la disposición de excretas, la situación es bastante parecida en la población urbana, a pesar de que aún falta un porcentaje muy pequeño por cubrir. La más significativa diferencia se da en el sector rural, donde se alcanzó en el período 1986-88 el mayor aumento de cobertura.

CUADRO N° 6

POBLACIÓN URBANA Y RURAL CON ABASTECIMIENTO DE AGUA
Y DISPOSICIÓN DE EXCRETAS
(En términos porcentuales)

Trienio	Conexión de agua y fácil acceso			Alcantarillado sanitario y disposición de excretas		
	Urb.	Rur.	Dif.	Urb.	Rur.	Dif.
1983-85	100	82.1	17.9	99.0	88.8	10.2
1986-88	100	83.3	16.7	99.3	92.3	7.0
DIFERENCIA	0	1.2		0.3	3.5	

Fuente: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados, 1989.

Resumiendo, encontramos que tanto el problema del abastecimiento de agua como el de la disposición de las excretas se redujeron durante el trienio 1986-88. Probablemente esta situación ventajosa ha contribuido en mucho a las bajas tasas de mortalidad infantil registradas en el país, con respecto a los vecinos centroamericanos; no obstante aún falta por mejorar el sector rural.

Al realizarse el Censo de vivienda 1984 en Costa Rica, los resultados revelaron que el problema mayor en cuanto a vivienda era el déficit habitacional; sólo en San José el 54.52% de las casas eran alquiladas. Con la elevación del costo de vida, aumentaron los alquileres, provocando ello desplazamientos de familias a regiones periféricas, en busca de casas al alcance de sus ingresos. Recordemos que esta época coincidió con tasas altas de desempleo. Como resultado gran cantidad de familias se empobrecieron más, recurriendo a vivir en asentamientos espontáneos conocidos como precarios o tugurios evitándose pagar alquileres para destinar sus ingresos a alimentación y otras necesidades básicas (Benavides: 1989), aumentando desde luego los riesgos para la vida de sus hijos y de los que aún no habían nacido. En 1984 se calculó que un 45% de las viviendas urbanas de todo el país eran tugurios (MIDEPLAN: 1984, p. 5).

Sumado a esta compleja problemática, la población total de la llamada Aglomeración Metropolitana (conjunto eminentemente urbano de 29 cantones de las provincias de San José, Cartago, Alajuela y Heredia) creció entre 1974 y 1984 a una tasa media anual del 3%, mientras el resto de la región Central y otras áreas del país al 2%. Dado que las tasas de natalidad de esa primera zona eran más bajas que las determinadas para las regiones periféricas en esa época,

se concluye que la diferencia en el crecimiento demográfico se debió en su totalidad al efecto de la migración campo-ciudad, lo cual a su vez produjo un fuerte descenso en el porcentaje nacional de población rural (MIDEPLAN: 1985, pp. 20-21).

Era frecuente en 1985 que familias de campesinos pobres se desplazaran a los centros urbanos, con escasa capacitación, engrosando los grupos deteriorados del Area Metropolitana y por lo tanto contribuyendo con las condiciones favorables para la alta mortalidad infantil.

Tal como se ha indicado, a partir de 1986 la construcción de viviendas fue uno de los proyectos prioritarios del Gobierno, que vendría a aliviar este poco placentero panorama social. En una información brindada por el Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos se estima que de mayo de 1986 a julio de 1989 se construyeron 80.000 viviendas (Ministerio de Vivienda: 1989).

Cuando se colocan en el mismo plano para cada región el porcentaje de población que la habita, con datos del Censo 1984, el porcentaje de viviendas construidas en el período 1986-89 (estimado con datos proporcionados por el Ministerio de Vivienda: 1989, pp. 1-2) y el porcentaje de cantones prioritarios establecidos por el Ministerio de Salud, obtenemos el cuadro N° 7.

CUADRO N° 7

POBLACIÓN, VIVIENDAS NUEVAS Y
CANTONES PRIORITARIOS EN CADA REGIÓN
(En términos porcentuales)

Región	Población (Censo 1984)	Viviendas nuevas (86-89)	Cantones prioritarios
Central Norte y Sur	63.8	70.3	0.04
Huetar Atlántica	7.4	6.9	100.00
Chorotega	9.2	6.0	75.00
Brunca	9.3	5.9	83.30
Pacífico Central	5.7	5.6	50.00
Huetar Norte	4.6	5.3	66.60

Fuentes: — Dirección General de Estadística y Censos, 1984.
— Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos, 1989.
— Ministerio de Salud, 1989.

En la región Central, aunque el número de cantones prioritarios en salud es prácticamente insignificante, ya vimos que la presión de población, agravada por las inmigraciones, es muy fuerte, por lo tanto parece razonable que sea allí adonde se han construido el mayor número de viviendas.

Un 100% de cantones prioritarios para la región Huetar Atlántica indica que se hace necesario reforzar en ella todos los factores que operan tanto a nivel del hogar como de la comunidad, si se desea bajar la mortalidad infantil.

La región Chorotega y la Brunca tienen porcentajes de población muy cercanos, sin embargo en esta última el porcentaje de cantones prioritarios es mayor, por lo que debió dársele preferencia sobre aquella, en la construcción de viviendas.

De todas las regiones del país la Huetar Norte es la más despoblada, según el Censo de 1984, pero recordemos que las tasas de subempleo hacían suponer una fuerte inmigración de extranjeros a esta zona por su ubicación fronteriza, sin embargo vemos que probablemente eso no ha sido tomado en cuenta, pues a pesar de tener un 60% de cantones prioritarios, fue donde se construyó la menor cantidad de viviendas en el período estudiado. Situación similar parece haberse presentado en las regiones Brunca y Chorotega.

En cuanto al Pacífico Central, con 50% de cantones prioritarios y una población relativamente baja, no podríamos juzgar de inconveniente la cantidad de viviendas construidas.

Aunque el problema de hacinamiento que vivían un gran número de costarricenses ha sido resuelto en parte, todavía hay un déficit de vivienda en el país (Bartels, 1989) y aún faltan por evaluar las condiciones sanitarias reales de las familias que se han trasladado a estas nuevas habitaciones. Por su parte el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados asegura que todas ellas cuentan con abastecimiento de agua potable y adecuada eliminación de excretas (Araya: 1989) y también tienen acceso a la electricidad (Min. de Vivienda, 1989); se construyeron barrios enteros con el crédito del Bono Familiar, según el cual las casas no pueden exceder los 60 metros cuadrados de construcción (BANHVI: 1987).

Además en el sector vivienda opera también la presión ejercida por los inmigrantes, quienes demandan habitación para sus familias, pues solamente un 26% de los que se clasifican como refugiados son atendidos en centros de refugio, el resto se encuentra distribuido en las diversas regiones del país (ACNUR: 1989, p. 157).

CONCLUSIONES

La mortalidad infantil es el indicador más sensible para estimar la salud costarricense, de ahí la importancia de su medición. De 1980 a 1982, años de crisis, el descenso acelerado de la mortalidad infantil que se venía dando desde 1973, se estancó pero no hubo retroceso, probablemente gracias al nivel educativo logrado en la población durante las décadas precedentes. Entre 1985 y 1988 su tasa descendió de 18 a 16.6 por mil, sin embargo, este descenso no fue homogéneo en el país, pues se nota que en los cantones más desarrollados el ritmo de descenso aumentó mientras que en los prioritarios disminuyó; con tan pocos datos es muy difícil hacer predicciones, pero vale la pena que los entes encargados de la planificación nacional presten mayor atención a esa diferencia negativa, que de continuar, ampliará la brecha de desarrollo entre los cantones mejor dotados y los más desposeídos.

Aunque no existen datos oficiales al respecto, indudablemente la fuerte inmigración de centroamericanos, en cuyos países persisten tasas altas de mortalidad en la niñez, deben haber influenciado los resultados obtenidos para Costa Rica, durante la década de los 80.

Entre los factores socioeconómicos analizados que se correlacionaron con la mortalidad infantil, se encontró que:

- 1) En términos generales la situación del empleo ha mejorado lentamente desde 1982 hasta 1988, dándose las mejores alzas entre 1986 y 1988, hecho ventajoso para reducir las tasas de mortalidad infantil; sin embargo, en las tres regiones de planificación fronterizas ha aumentado el subempleo visible, seguramente provocado por las altas inmigraciones de centroamericanos, quienes se incorporaron en forma masiva y rápida al proceso productivo, por lo que se requerirán mayores esfuerzos que en el resto del país para nivelar los ingresos económicos de las familias y por lo tanto disminuir el número de defunciones infantiles en esas zonas.
- 2) Con respecto a la educación femenina, no se aprecian cambios en los últimos años, pero se vislumbran mejoras en un futuro próximo, debido a que la educación formal se ha visto reforzada con la capacitación impartida por el Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, que posiblemente ayudará a mejorar las condiciones socioeconómicas de las familias y específicamente, la sobrevivencia infantil. Sobre todo tendrá una labor vasta que realizar entre las mujeres residentes extranjeras, en edad reproductiva, con escasa o ninguna educación.
- 3) En cuanto a la vivienda, se tomaron en cuenta dos aspectos:

- a. Suministro de agua potable y disposición de excretas, los cuales son muy buenos en el país, aunque existen deficiencias por superar, principalmente en las zonas rurales.
- b. Cantidad de viviendas según el tamaño de la población. En este aspecto durante el trienio 1986-89 se resolvió parte del déficit habitacional del país, sin embargo, quedan varias interrogantes por contestar: ¿qué estará pasando realmente con el hacinamiento, si se construyeron barrios enteros de casas muy próximas entre sí, con solo 60 metros cuadrados de construcción cada una?, ¿será este espacio suficiente para un núcleo familiar con dos, tres o más hijos, donde frecuentemente conviven agregados como abuelos, tíos y otros?, ¿en cuánto contribuirán a las condiciones sanitarias indispensables para mejorar la salud infantil del país?; si el número de viviendas necesarias se determina con base en la población nacional, ¿qué ha pasado con la elevada e imprevista cantidad de inmigrantes que también demandan habitación?

Es necesario en el futuro investigar y correlacionar el factor vivienda con gran cantidad de problemas sociales, entre otros el de la mortalidad infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTO Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). "Documento de la República de Costa Rica. Diagnóstico, Estrategia y Perfiles del Proyecto". En *Conferencia Internacional sobre Refugiados Centroamericanos. (CIREFCA)*. Guatemala. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. 1989, 326 p.
- ARAYA, R. Comunicación personal. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. San José, Costa Rica. 1989.
- BANCO Hipotecario de la Vivienda (BANHVI). *El Bono Familiar de la Vivienda*. Mimeografiado. San José, Costa Rica. 1987, p. 1.
- BARTELS, J. Comunicación personal. Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos. San José, Costa Rica. 1989.
- BEHM, H. *La Mortalidad en los Primeros Años de Vida en Países de América Latina, Costa Rica, 1968-1969*. Serie A, N° 1024, CELADE. Costa Rica. 1976, 67 p.
- BEHM, H. y Guzmán, J.M. *Diferencias Socioeconómicas en el Descenso de la Fecundidad en Costa Rica, 1960-1970*. Serie A, N° 1040, CELADE. Costa Rica. 1980, 133 P.
- BENAVIDES, O. *Función del Ministerio de Vivienda*. Mimeografiado. Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos. San José, Costa Rica. 1989, s.p.
- BOGAN, M. "Los Impactos Socioeconómicos de la Migración Internacional en Costa Rica". En *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José, Costa Rica. 1983, pp. 213-224.
- CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFÍA. *La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica. Panamá y Belice*. Serie 01 N° 1003. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p 262.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Belice 1970-1985*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 20.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Costa Rica 1970-1986*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 47.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. El Salvador 1970-1984*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 37.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Guatemala 1970-1985*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 41.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Honduras 1970-1981*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 40.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Nicaragua 1970-1986*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 39.
- La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice. Panamá 1970-1985*. CELADE. San José, Costa Rica. 1988, p. 48.
- DIRECCION GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Censo de Población 1984*. San José, Costa Rica, 1986.

- ERAZO, J. A. "Evolución y Características de la Fuerza de Trabajo en Costa Rica 1980-1982". En *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José, Costa Rica. 1983, pp. 17-35.
- FLORES, A. Comunicación personal. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. San José, Costa Rica. 1989.
- INSTITUTO Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Sin publicar. San José, Costa Rica. 1989.
- JIMÉNEZ, R. "Volumen de la Migración Extranjera a Costa Rica. Situación en 1983". En *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José, Costa Rica. 1983, pp. 199-212.
- LEÓN, E. "Niveles y Tendencias de la Mortalidad". En *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José, Costa Rica. 1983, pp. 133-136.
- MINISTERIO de Cultura, Juventud y Deportes. *Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia*. Mimeografiado. San José, Costa Rica. 1986, p. 1.
- MINISTERIO de Planificación Nacional y Política Económica (MIDEPLAN). *Algunas Observaciones acerca de los Resultados del Censo de Población 1984*. Dirección de Información. San José, Costa Rica. 1985, p. 30.
- El Tugurio en Costa Rica Según Resultados del Censo de Vivienda 1984*. San José, Costa Rica. 1986, p. 22.
- Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990*. Tomo I. San José, Costa Rica. 1987, p. 135.
- MINISTERIO de Salud. (A.I.) *Algunos Indicadores Demográficos y de Salud por Cantón*. Departamento Sistema de Información y Estadística. Sección Otros Programas Prioritarios. Mimeografiado. San José, Costa Rica. 1989, p. 23.
- Informaciones Estadísticas. Anuario 1980*. San José, Costa Rica. 1981, pp. I-III.
- Mapa de Costa Rica con División de Regiones y Cantones. San José, Costa Rica. Mimeografiado. 1989, p. 1.
- (M.G.) *Mortalidad General, Infantil y Precoz según Treinta Cantones Prioritarios. Costa Rica 1986-1988*. Departamento Sistema de Información y Estadística. Sección Otros Programas Prioritarios. Mimeografiado. San José, Costa Rica. 1989, s.p.
- MINISTERIO de Trabajo y Seguridad Social. *Cifras Principales y Descripción de Datos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples por Regiones de Planificación. Julio 1987-Julio 1988*. Serie: Empleo 2-89. San José, Costa Rica. 1989, s.p.
- MINISTERIO de Trabajo y Seguridad Social / Dirección General de Estadística y Censos / Ministerio de Economía, Industria y Comercio. *Encuesta Nacional de Hogares. Empleo y Desempleo. Julio 1980-Julio 1987*. San José, Costa Rica. 1988.
- MINISTERIO de Vivienda y Asentamientos Humanos. *Distribución de las 80.000 Viviendas según Nuevos Medidores de Electricidad*. Centro de Cómputo. San José, Costa Rica. 1989, p. 2.
- MOSLEY, W. and Chen, L.C. "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in developing Countries". En *Population and Development Review*. New York, U.S.A. 1984, Vol. 10, pp. 25-45.
- ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud (O.P.S.). *Las Condiciones de Salud en las Américas 1969-1972*. Publicación científica N° 287, Washington D.C., E.U.A. 1974, p. 230.
- OVIDO, F. Comunicación Personal. Ministerio de Salud. San José, Costa Rica. 1989.
- PROGRAMA de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Atención Primaria de Salud*. Nueva York, E.U.A. 1983, p. 57.
- RINCÓN, M. *Distribución Espacial y Migraciones Internas. Aspectos Metodológicos*. Serie B N° 1009 CELADE. San José, Costa Rica. 1984, p.133.
- ROSETO, L. "Determinantes del Descenso de la Mortalidad Infantil en Costa Rica". En *Demografía y Epidemiología en Costa Rica*. Asociación Demográfica Costarricense. San José, Costa Rica. 1985, pp. 9-29.

- ROSETO. L. "Determinantes de la Fecundidad Costarricense". En *Octavo Seminario Nacional de Demografía*. San José, Costa Rica. 1983, pp. 63-84.
- SHULTZ. T.P. "Household Economic and Community Variables as Determinants of Mortality". En *International Population Conference*. Florence, Italy. 1985, pp. 225-235.
- TREJOS. L.D. y Elizalde, M.L. *La Distribución del Ingreso y el Acceso a los Programas de Carácter Social*. Documento de Trabajo N° 90. Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas, U.C.R. San José, Costa Rica. 1985, p. 76.