

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

**ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL PARA
EL SUBCENTRO DE SALUD DE VILLA ALTAGRACIA 1988,
METODO DEL HIJO PREVIO.**

**XIV
CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO
PARA EL DESARROLLO - 1991.**

CELADE - SISTEMA BOGDAL

DOCUMENTO 1000

SECRETARIA DE SALUD

ANEXO 1000

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFICA
CELADE SAN JOSE, COSTA RICA

TEMA:

ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL
PARA EL SUBCENTRO DE SALUD DE
VILLA ALTAGRACIA 1988.
METODO DEL HIJO PREVIO

ASESORES:

DOMINGO PRIMANTE
MARC THEBEAudeau

INTEGRANTES:

3 LOPEZ VILLAR DARIO ANTONIO (REP. DOMINICANA)
MARTINEZ MARTINON LETICIA (MEXICO)
OLIVERA RODAS AMANDA LETICIA (HONDURAS)
REYNOSO GUERRERO FIDEL EDGARDO (PERU)

XIV CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO
PARA EL DESARROLLO 1991.

DICIEMBRE 1991.

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVOS

CAPITULO I

ASPECTOS METODOLOGICOS

METODOLOGIA DEL HIJO PREVIO

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

CAPITULO II

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LAS MUJERES INVOLUCRADAS EN EL ESTUDIO.

LUGAR DE RESIDENCIA

EDAD

EDUCACION

COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO

PARIDEZ

RESULTADO DEL PARTO ACTUAL

PREMATURIDAD

CAPITULO III

MORTALIDAD INFANTIL

COMPONENTES NEONATAL Y POST-NEONATAL

LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE

EDAD DE LA MADRE

PREMATURIDAD (HIJO PREVIO)

DEFUNCIONES POR ATENCION MEDICA (HIJO PREVIO)

PARIDEZ

EDUCACION DE LA MADRE

INTERVALO INTERGENESICO.

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.

ANEXOS.

**ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL PARA
EL SUBCENTRO DE SALUD DE VILLA ALTAGRACIA 1988.
METODO DEL HIJO PREVIO**

INTRODUCCION

En los países en desarrollo donde el registro de nacimientos y defunciones es deficiente, es necesario valerse de algunas técnicas para hacer estimaciones de las variables demográficas, entre las más importantes figuran las estimaciones de la mortalidad al principio de la vida, esto es más relevante en los países de estadísticas vitales deficientes porque en ellas operan niveles elevados de esta mortalidad.

Ante la falta de información confiable se han venido desarrollando métodos indirectos que generalmente se basan en la proporción de hijos sobrevivientes que tienen las mujeres en relación al total de hijos nacidos vivos tenidos, al momento de un censo o de una encuesta demográfica.

A pesar que los censos y las encuestas arrojan resultados, relativamente confiables para estimar la mortalidad infantil, estos adolecen de ciertas limitaciones que se reflejan en su complejidad y elevado costo, por lo que estas operaciones no se pueden realizar con mucha frecuencia. Debido a esto, se hace necesario cada día más hacer uso de algunas técnicas que permitan tener resultados, aproximados a la realidad, simples de aplicar y que no implican grandes costos.

La metodología del hijo previo diseñada para obtener una estimación de la mortalidad infantil reúne estas características, la simplicidad de este método radica en el tipo de información que necesita para su aplicación, ya que solamente se trata de preguntarle a las mujeres que acuden a dar a luz a un hijo en la clínica o centro asistencial sobre la sobrevivencia del hijo previo al parto actual.

El objetivo de la investigación cuyos resultados se presentan en este documento es estimar la mortalidad infantil de la localidad de "VILLA ALTAGRACIA" a partir de la información captada de las mujeres que llegaron a dar a luz al sub-centro de salud de esa localidad, esta información se captó entre el 18 de enero de 1988 hasta el 28 de febrero de 1989.

OBJETIVOS

- ESTIMAR LA MORTALIDAD INFANTIL A TRAVÉS DE LA METODOLOGIA DEL HIJO PREVIO, DEL SUBCENTRO DE SALUD DE VILLA ALTAGRACIA.

- ANALIZAR LOS RIESGOS DE MORTALIDAD QUE SE ASOCIAN A LA EDAD DE LA MADRE, AL INTERVALO INTERGENÉSICO, LA PREMATURIDAD, EDUCACIÓN DE LA MADRE Y ZONA DE RESIDENCIA.

- ANALIZAR LOS COMPONENTES NEONATAL Y POST-NEONATAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL MEDIANTE LAS PREGUNTAS:

FECHA DE NACIMIENTO Y FECHA DE DEFUNCIÓN DEL HIJO PREVIO.

CAPITULO I : ASPECTOS METODOLOGICOS

METODOLOGIA DEL HIJO PREVIO

La forma de proceder en la recolección de la información, con el propósito de que ésta sea fácil de recopilar, se debe aprovechar al personal de las instituciones hospitalarias para proceder a la recolección de la información, como se mencionó esto reduce costos y puede redundar en una información básica de mejor calidad, en la medida en que se despierte el interés de las autoridades de la institución y del persona involucrado en la obtención de los datos (médicos, internos, enfermeras, etc.). Esta información recolectada se refiere a la sobrevivencia o no del hijo anterior de las mujeres que concurren al centro asistencial a dar a luz.

A través de estudios realizados en los países en desarrollo se pudo comprobar que, en general, el intervalo intergenésico es de aproximadamente 30 meses, (2 años y medio), por otra parte el autor del método (W. BRASS Y MACRA) ha demostrado empíricamente que la probabilidad de morir de un recién nacido desde el nacimiento hasta la edad exacta "x" corresponde a la proporción de hijos previos fallecidos con respecto al total de hijos previos nacidos vivos, cuya edad exacta "x" equivale a 0.8 veces el intervalo intergenésico. Se ha considerado que en los países con una fecundidad relativamente alta, este intervalo intergenésico corresponde ha 2.5 años que al multiplicarlo por 0.8 se obtiene la edad a la que moriría el recién nacido desde su nacimiento (2 años).

Las preguntas que se hace a cada mujer son:

¿ HA TENIDO UN HIJO NACIDO VIVO ANTES QUE ESTE ?

¿ ESTA, ESTE HIJO ANTERIOR, VIVO ACTUALMENTE ?

Entonces una medida de la mortalidad en la niñez, estimada entre el nacimiento y los 30 meses, se calcularía mediante el cociente entre el número de niños fallecidos y el número de nacimientos correspondientes, esto es el total de hijos previos nacidos vivos al actual.

Esta sería una probabilidad de morir del hijo previo desde el nacimiento hasta la edad 2 años $q(2)$, si se acepta el intervalo intergenésico de 30 meses.

En el caso que hubiera algún indicio de que el intervalo intergenésico promedio entre nacimientos es diferente de 2.5 años supongamos x , en este caso se obtiene:

$$q(x) = \frac{\text{HIJOS PREVIOS FALLECIDOS}}{\text{TOTAL DE HIJOS PREVIOS NACIDOS VIVOS}}$$

Agregando a las preguntas básicas mencionadas anteriormente, la fecha de nacimiento del hijo previo, no es necesario suponer la magnitud del intervalo intergenésico de la población investigada, si no que se calcula directamente.

Incorporando adicionalmente la fecha de fallecimiento del hijo previo, se puede estimar fácilmente la tasa de mortalidad infantil o probabilidad de morir en el primer año de vida.

$$q(0) = \frac{\text{HIJOS PREVIOS FALLECIDOS ANTES DE CUMPLIR UN AÑO}}{\text{TOTAL DE HIJOS PREVIOS NACIDOS VIVOS}}$$

Por lo tanto, al tener la información acerca de las fechas de nacimiento y muerte de los niños en cuestión, es posible conocer la edad de fallecimiento y por lo tanto el número de defunciones según edad al morir.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La investigación sobre la mortalidad infantil basada en la metodología sobre el hijo previo, fue realizada por el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, bajo la asesoría del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Para la realización de este estudio se eligió el sub-centro de salud de "VILLA ALTAGRACIA" lugar donde concurren las mujeres a dar a luz.

El período de recolección de la información se prolongó desde el 18 de enero de 1988 hasta el 28 de febrero de 1989. Una de las razones por lo que esta investigación se aplicó a lo largo de todo un año, fue el bajo número de mujeres que en el sub-centro de "VILLA ALTAGRACIA" concurren a dar a luz a un hijo, que es en promedio de 4 mujeres cada día. Esto es así, atendiendo a las recomendaciones que en el manual de aplicación de la metodología del hijo previo, que hace el Lic. Antonio Morillo y sobre el número de madre que debe tener la muestra cuando se supone el valor por donde debe andar la mortalidad infantil del lugar o país al cual está dirigido el estudio.

El cuestionario que se utilizó para la recolección de la información sobre la cual se hace este estudio, está diseñado en base a la experiencia que ha tenido CELADE en la aplicación de esta metodología en otros momentos y en otros países. Sin embargo este cuestionario se diferencia del utilizado en otros países, por el hecho que se incluyen otros tópicos como el resultado del embarazo anterior, y para el caso de los nacimientos previos se preguntó si el niño fué de tiempo o prematuro, además se investigó sobre la atención médica del parto, con la intención de ver como estos factores influyen en la mortalidad infantil, cuya estimación es nuestro objetivo final.

**CAPITULO II: CARACTERISTICAS
SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LAS MADRES
INVOLUCRADAS EN EL ESTUDIO.**

LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES

El número diario de mujeres a que se les presta asistencia como consecuencia del término de su embarazo en cada maternidad, sin duda esta determinado por el lugar de residencia geográfica de cada madre y de las condiciones económicas y sociales del grupo a que pertenece.

En el cuadro N° 1 se presenta la información sobre la distribución de mujeres según su lugar de residencia, se puede ver que el 97% de las mujeres que acudieron a ese sub-centro a dar a luz eran de la misma localidad de "VILLA ALTAGRACIA", por lo que se puede decir que si las características de las mujeres que acudieron a ese sub-centro a dar a luz, son semejantes a las de todas las mujeres de "VILLA ALTAGRACIA", la mortalidad infantil estimada aquí sería representativa de la mortalidad infantil de "VILLA ALTAGRACIA" como un todo. Otro hecho que es muy notorio es que el 50% de estas mujeres residen en la zona rural, esto, lógicamente, debe tener su incidencia en el nivel de la mortalidad infantil que se determine para este sub-centro de salud.

CUADRO N°1

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGUN LUGAR DE
RESIDENCIA

| LUGAR DE RESIDENCIA | ABSOLUTO | RELATIVO | ACUMULADO |
|-------------------------|----------|----------|-----------|
| SANTO DOMINGO | 4 | 0.3 | 0.3 |
| RESTO DEL DN | 3 | 0.2 | 0.5 |
| VILLA ALTAGRACIA | 622 | 47.7 | 48.2 |
| RESTO DE VLLA. ALTAGRA. | 649 | 49.7 | 97.9 |
| OTRO LUGAR | 27 | 2.1 | 100.0 |

EDAD DE LAS MADRES

Partiendo del hecho de que algunas poblaciones con nivel de desarrollo relativamente bajo se espera que la composición por edad de estas tenga un mayor peso en edades jóvenes. Para las mujeres que llegan a este subcentro se espera este comportamiento, debido a que éstas provienen de una región subdesarrollada.

En términos generales se trata de mujeres jóvenes, el cuadro N^o 2, nos muestra que el 60% del total de las mujeres tienen menos de 25 años y como consecuencia de su incorporación más temprana al proceso reproductivo, la edad promedio de las mujeres que acudieron al sub-centro de "VILLA ALTAGRACIA" es de 24 años. Este resultado se debe a que el embarazo de las mujeres que acuden a ese centro se encuentran concentrados en mujeres con edades entre 15 y 24 años, destacandose también en la zona rural el peso que presentan las mujeres de 25-29 años (24%), como se puede apreciar en el cuadro N^o2(a).

Este resultado es coherente ya que la procreación tiende a ser más tardía en las mujeres de sociedades de mayor desarrollo que en las de menor desarrollo.

Por otra parte se puede ver (cuadro 2(a)) que existe una diferencia de esta distribución por edades de las mujeres según su lugar de residencia, asentandose más en el grupo de 25 a 29 años donde el aporte de estas mujeres es de 24%, en el resto de "VILLA ALTAGRACIA" (zona rural), mientras que para este mismo grupo en "VILLA ALTAGRACIA" (zona urbana) es de 18%, esto implica probablemente un nivel más elevado de la fecundidad en el área rural, en los otros grupos de edades existe una diferencia pero menos notoria por lo que no se hace mención detallada de ella.

CUADRO N°2

DISTRIBUCION DE LAS MADRES SEGUN GRUPOS DE EDADES QUE
ASISTEN AL SUB-CENTRO VILLA ALTAGRACIA

| GRUPO DE EDADES | ABSOLUTO | RELATIVO | ACUMULADO |
|-----------------|----------|----------|-----------|
| 12 - 14 | 6 | 0.4 | 0.4 |
| 15 - 19 | 326 | 25.0 | 25.4 |
| 20 - 24 | 481 | 36.9 | 62.3 |
| 25 - 29 | 273 | 20.9 | 83.2 |
| 30 - 34 | 142 | 10.9 | 94.1 |
| 35 - 39 | 67 | 5.1 | 99.2 |
| 40 - 44 | 10 | 0.8 | 100.0 |
| TOTAL | 1305 | 100.0 | |

DISTRIBUCION POR EDAD DE LAS MUJERES
SEGUN ZONA DE RESIDENCIA

ZONA RURAL

| EDAD | ABSOLUTO | RELATIVO |
|---------|----------|----------|
| 12 - 14 | 1 | .2 |
| 15 - 19 | 154 | 23.7 |
| 20 - 24 | 231 | 35.6 |
| 25 - 29 | 154 | 23.7 |
| 30 - 34 | 63 | 9.7 |
| 35 - 39 | 39 | 6.0 |
| 40 - 44 | 7 | 1.1 |
| | ----- | ----- |
| TOTAL | 649 | 100.0 |

ZONA URBANA

| EDAD | ABSOLUTO | RELATIVO |
|---------|----------|----------|
| 12 - 14 | 5 | .8 |
| 15 - 19 | 160 | 25.7 |
| 20 - 24 | 235 | 37.8 |
| 25 - 29 | 115 | 18.5 |
| 30 - 34 | 76 | 12.2 |
| 35 - 39 | 28 | 4.5 |
| 40 - 44 | 3 | .5 |
| | ----- | ----- |
| TOTAL | 622 | 100.0 |

EDUCACION

En general en todas las maternidades, concurren mujeres de distintos estratos sociales por lo que es posible hasta cierto punto que existe una cierta representatividad de cada uno de los diversos estratos.

Es así como, de las mujeres que concurren a la maternidad, en "VILLA ALTAGRACIA", el 24% no ha alcanzado ningún nivel de instrucción y cerca del 69% ha recibido algún grado de educación primaria, representando un 7% para la educación secundaria, mientras que el nivel universitario es menos del 1% (ver cuadro 3).

Dentro de las características de la educación en la población, se observa que cerca de la cuarta parte de las mujeres atendidas en "VILLA ALTAGRACIA" no ha recibido alguna instrucción y solamente el 7% a recibido algún nivel secundario; se indica claramente que casi no asisten mujeres con educación universitaria.

Con lo expuesto anteriormente, si esta muestra fuera representativa de este municipio, nos conduciría a pensar que los estratos sociales a los cuales pertenecen estas mujeres son considerados como muy bajos .

Otro hecho que se pone en evidencia en este estudio es la diferencia que existe al incertar el nivel educacional de las mujeres en la fecundidad; esto así, ya que el cuadro N^o 3 demuestra que proporcionalmente el grueso de los hijos son tenidos por las mujeres sin educación y en menor medida por las de educación primaria, esto es así, debido a que las 267 madres sin instrucción tienen un promedio algo más de 4 hijos, mientras que las 614 que tienen algún grado de primaria alcanzaron a 3 hijos en promedio, obteniéndose para las 51 madres con educación secundaria un valor de casi 2 hijos en promedio.

Por lo que se puede concluir de cierta forma, que el nivel de educación de la madre es un factor determinante en el número de hijos que en promedio tengan.

CUADRO N^o3
 NIVEL DE INSTRUCCION DE LAS MADRES SEGUN NUMERO DE HIJOS
 PREVIOS TENIDOS

| NUMERO DE HIJOS | NINGUN NIVEL | PRIMARIO | SECUN. | UNIVER. |
|-----------------|--------------|----------|--------|---------|
| 0 | 41 | 284 | 40 | 4 |
| 1 | 45 | 186 | 25 | 3 |
| 2 | 46 | 152 | 14 | 1 |
| 3 | 42 | 102 | 5 | - |
| 4 | 37 | 72 | 6 | - |
| 5 | 27 | 39 | - | - |
| 6 | 22 | 19 | 1 | - |
| 7 | 13 | 16 | - | - |
| 8 | 17 | 8 | - | - |
| 9 | 8 | 8 | - | - |
| 10 Y Más | 10 | 12 | - | - |
| TOTAL | 308 | 898 | 91 | 8 |

COMPORTAMIENTO REPRODUCTIVO DE LAS MUJERES QUE INCLUYE
LA INVESTIGACION

Todos los estudios que se han hecho sobre la incidencia de los factores socio-económicos en la fecundidad han demostrado que existe una relación muy estrecha entre dichos factores y el comportamiento reproductivo de las mujeres del país o región de que se trate.

En este estudio se encontró que solo el 32% de la población estudiada o de las parturientas atendidas en el sub-centro "VILLA ALTAGRACIA" resultó no haber tenido hijo nacido vivo previo al parto actual incluyéndose en estas las primerizas, este resultado junto a una mortalidad al principio de la vida de 85.39 por mil nos conduce a pensar que estamos ante un conjunto de mujeres que mantienen un nivel de fecundidad alta. Otro dato importante que lanza esta investigación es que un 3.4% de este 31.8% que llegaron a tener su primer hijo (primeriza) lo consiguen después de haber tenido una pérdida o aborto, mientras que un 0.8% lo tuvo después de haber tenido un nacido muerto, por lo que si restamos este 3.4% y 0.8% al total de mujeres que llegaron a tener su primer hijo (31.8), tendríamos que solo el 27.6% sería realmente primeriza.

Finalmente pensando en el hecho de que en una población de madres jóvenes solo el 27.6% es primeriza, podemos darnos cuenta lo joven que estas mujeres se incorporan al proceso reproductivo, factor este que está estrechamente asociado a un nivel de mortalidad infantil alto.

RESULTADO DE LAS MUJERES QUE DECLARARON RESULTADO DE SU PARTO
ANTERIOR AL ACTUAL

| EMBARAZO ANTERIOR | ABSOLUTO | RELATIVO |
|-------------------|----------|----------|
| NACIDO VIVO | 890 | 68.2 |
| NACIDO MUERTO | 11 | .8 |
| PERDIDA O ABORTO | 44 | 3.4 |
| NO EMB. ANTES | 360 | 27.6 |
| | ----- | ----- |
| TOTAL | 1305 | 100.0 |

PARIDEZ DE LAS MUJERES

Del total de mujeres que fueron atendidas en este sub-centro el 68% de ellas habian tenido por lo menos un hijo previo, cifra esta que constituye el número de casos que conforman nuestra sub-muestra para estimar la mortalidad infantil.

Estas mujeres habian dado a luz a 890 hijos previos de las cuales 76 habian fallecido. En este análisis se excluyeron los resultados del parto actual.

Con respecto a esto último se puede decir que en el proceso reproductivo de la población cubierta por esta investigación, se ha producido una pérdida de un 8.5% de hijos previos.

RESULTADO DEL PARTO ACTUAL

Dado que el resultado de un embarazo puede ser finalmente un nacido vivo, un nacido muerto o una pérdida o aborto, relacionado a factores socio-demográficos y de salud, también estos resultados pueden estar asociado a factores de tipo socio-económico y esto a su vez ligados a la mujer.

En la población que ha servido de base para este análisis (mujeres que acudieron al sub-centro de "VILLA ALTAGRACIA" con el propósito de dar a luz un hijo) se ha observado que el 90% de estos embarazos terminaron en un nacido vivo, el 7% en una pérdida o aborto y el 3% en un nacido muerto.

De acuerdo al tipo de parto que tuvieron las mujeres se encontró que casi la totalidad de las embarazadas investigadas tuvieron un parto simple.

RESULTADO DEL PARTO ACTUAL

| PARTO ACTUAL | ABSOLUTO | RELATIVO |
|------------------|----------|----------|
| Nacido Vivo | 1174 | 90.0 |
| Nacido muerto | 39 | 3.0 |
| Perdida o Aborto | 92 | 7.0 |
| | ----- | ----- |
| TOTAL | 1305 | 100.0 |
| Simple | 1292 | 99.0 |
| Mellizos | 5 | .4 |
| Trillizos | 1 | .1 |
| Cuatrillizos | 3 | .2 |
| No Aplica | 4 | .3 |
| | ----- | ----- |
| TOTAL | 1305 | 100.0 |

Muy bajo

Cabe señalar que de cierta manera, en el periodo cubierto por la entrevista se observa que de los 1305 nacimientos el 10% de ellos terminaban en un nacido muerto o en una pérdida o aborto, esto generalmente se asocia con los niveles de nutrición de la madre así como los cuidados en el transcurso del periodo de gestación.

PREMATURIDAD

Esta variable es de la que más relacionada está al nivel de la mortalidad infantil. Esta relación adquiere evidencia en el hecho de que todo niño que nace antes de las 37 semanas de gestación presenta mayor probabilidad de muerte que los nacidos que completan su periodo de gestación.

En este estudio de las 890 mujeres que declararon haber tenido un hijo previo, de los cuales 814 estaban vivos, 76 habían fallecido, se tiene que de estos últimos 14 se debieron a defunciones de nacimientos antes de tiempo, por lo que el peso que estas defunciones representan frente a las totales de hijos previos casi un 19%. De lo anterior se desprende que la prematuridad representa un factor importante como determinante de la mortalidad en la infancia.

ESTA VIVO EL HIJO PREVIO

| PREMATURIDAD | SI | NO | Total |
|--------------|-------------|-------------|--------------|
| De Tiempo | 806 | 62 (81%) | 868 97.5 |
| Prematuro | 8 | 14 (19%) | 22 2.5 |
| | 814 91.5 | 76 8.5 | 890 100.0 |

**CAPITULO III:
MORTALIDAD INFANTIL**

MORTALIDAD INFANTIL

El objetivo principal al aplicar el método del hijo previo, es tener una idea general del comportamiento de la mortalidad en los primeros años de vida en países en los cuales existen deficiencias en las estadísticas vitales.

Además este método permite aproximaciones a divisiones político-administrativas de un país, en la medida en que se tengan maternidades en las localidades, en la cual se deseen hacer este tipo de estimaciones.

Se puede decir, que de manera general las estimaciones que se hagan con los datos recogidos en este estudio, son representativos de las mujeres que llegan a dar a luz al sub-centro de salud de "VILLA ALTAGRACIA", además se puede hacer mención de que el mayor componente de estas mujeres lo constituyen las que viven dentro de esta localidad, tanto de la zona urbana como rural por lo que estas situaciones podrían ser una medida muy cercana a lo que acontece en este lugar.

Dado que recientemente (1990) se efectuó en la parte urbana de Villa Altagracia en el censo experimental, es posible comprobar los niveles de instrucción de las mujeres en esa experiencia con las correspondientes en este estudio (para el área urbana). Si hubiera semejanza entonces se podría concluir que es representativa de esta área.

Cuando se habla de la mortalidad infantil se hace referencia al número de defunciones de menores de un año por cada mil nacidos (ver cuadro Nº 5), se presenta el valor de la tasa de mortalidad infantil que se obtuvo a partir de los datos que proporciono la encuesta que durante un año se aplicó en el sub-centro de "VILLA ALTAGRACIA", a las mujeres que acudieron.

Un hecho que refuerza un poco el resultado de este estudio, es el valor de la tasa estimada en el primer semestre, de esta investigación elaborada por el Consejo Nacional de Población y Familia (CONAPOFA), dicho valor fue de 53.3 por mil, mientras que este estudio se llega a un resultado de 51.7, un poco más bajo pero muy similar al que llegó con la CONAPOFA. Este dato con todas las limitaciones que pueda tener, por cuestiones de omisión o de poca representatividad, se convierte en una información de mucho interés ya que refleja en términos generales las condiciones de vida que imperan todavía en esa localidad, dándole una idea a las autoridades de salud de lo importante que resulta para la niñez, de comenzar a aplicar políticas de saneamiento ambiental así como atención materno-infantil y salud preventiva donde no se ha comenzado y así mismo incrementarla en los lugares donde ya existe.

COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTILNEONATAL Y POST-NEONATAL

En el momento en que hacemos uso del termino "mortalidad neonatal", estamos haciendo referencia a las defunciones que ocurren desde el nacimiento hasta los primeros 27 días, de la misma manera el concepto de mortalidad post-neonatal, se refiere a las defunciones que ocurren entre los 28 y 364 días después del nacimiento.

En el primer caso (mortalidad neonatal) la muerte ocurre por factores de tipo endógena o congénito, mientras que en el caso de mortalidad post-neonatal ocurre debido a factores exógenos es decir factores relacionados con el medio ambiente (diarreas y enfermedades infecciosas, respiratorias y parasitarias).

En base a las preguntas de fecha de nacimiento y fecha de defunción del hijo previo, se pudo estimar la mortalidad neonatal y post-neonatal.

Se observa que la mortalidad post-neonatal es mayor que la neonatal, este comportamiento es propio de una situación con nivel de mortalidad infantil alto.

Haciendo las comparaciones con un país que cuenta con buenas estadísticas como es el caso de Costa Rica entre otros, se puede ver que cuando estos contaban con un nivel de mortalidad infantil alrededor del que se ha estimado en este estudio (51.90) por mil, el comportamiento de los componentes, eran semejantes; ya que para un nivel de (46.80) por mil en Costa Rica, se observa que el componente post-neonatal tenía relativamente mayor peso que el neonatal. (ver cuadro 4)

Dado que esta mortalidad posneonatal es preponderantemente controlable se pone de manifiesto, las condiciones adversas en que se desenvuelve esta población.

CUADRO N^o4

COMPARACION DE LOS COMPONENTES DE LA T.M.I. DE
VILLA ALTAGRACIA (1986) Y COSTA RICA (1976)

| PAIS | TMI | NEONATAL | POST-NEONATAL | (%) |
|------------------|-------|----------|---------------|---------------|
| | | | | POST-NEONATAL |
| COSTA RICA | 46.80 | 21.70 | 25.10 | 53.6 |
| VILLA ALTAGRACIA | 51.70 | 21.35 | 30.35 | 58.7 |

En resumen se observa que a una menor tasa de mortalidad infantil corresponde una mayor proporción de muertes neonatales. Esto se explica teniendo presente la naturaleza de las causas de muerte cuya gran mayoría, después del primer mes de vida son de origen predominantemente exógeno (enfermedades infecciosas y parasitarias, diarrea y enteritis).

Se debe profundizar en los avances en cuanto a medicina e higiene y cuidado materno-infantil, par alcanzar niveles satisfactorios en la mortalidad en esta población.

El cuadro N^o 4 demuestra que hay una preponderancia de la mortalidad post-neonatal lo cual que se ajusta a lo que se esperaría con una tasa de mortalidad como la encontrada.

Aunque los valores obtenidos en los componentes de la mortalidad infantil (neonatal y post-neonatal) son coherentes (en el sentido de que hay un predominio de la mortalidad post-neonatal) hay que hacer la salvedad de que estas estimaciones se hacen con un número muy reducido de casos (ver cuadro 5).

En el análisis de la estructura de la mortalidad en el primer año de vida, se encontró que 59% de estas defunciones ocurrían entre el primer mes y el primer año después del nacimiento, mientras que el 41% ocurría entre el nacimiento y los primeros 28 días. Entre los factores que se han mencionado como posible causante de la mortalidad infantil están los relacionados con el medio ambiente, si esto fuera así entraría en correspondencia con el bajo nivel educacional que presentan estas mujeres, además si fueran los factores exógenos y no una omisión de la mortalidad neonatal y la poca representatividad de muestra, los que tuvieran determinado este comportamiento de los componentes de la mortalidad infantil se recomienda, desarrollar programas y aplicar políticas orientadas todas a disminuir estos niveles de la mortalidad que se mantiene todavía en el país.

CUADRO N°5

COMPONENTES DE LA MORTALIDAD INFANTIL, NEONATAL Y
POST-NEONATAL SUB-CENTRO DE VILLA ALTAGRACIA

| | DEFUNCIONES | TASAS | PORCENTAJE |
|---------------------|-------------|-------|------------|
| MORTALIDAD INFANTIL | 46 | 51.69 | 100.00 |
| NEONATAL | 19 | 21.35 | 41.30 |
| POST-NEONATAL | 27 | 30.35 | 59.69 |

MORTALIDAD INFANTIL ASOCIADO AL LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE

Como se dijo anteriormente en el análisis de las características de las mujeres, el lugar de residencia de las madres es un factor que inserta diferencias importantes en la mortalidad infantil. A pesar del número reducido de casos el cuadro Nº 6 pone en evidencia la afirmación hecha anteriormente, ya que los datos contenidos en él demuestran de que manera es diferente esta mortalidad, según el lugar de residencia de la madre, allí se observa que la probabilidad de morir para los nacidos vivos de la zona rural de "VILLA ALTAGRACIA" (61.00 por mil), es un 40% más alta que la de los recién nacidos de la zona urbana de la misma localidad (43.90 por mil).

Estos resultados tienen una coherencia importante con lo se esperaría, dado que al ser las condiciones de salubridad más precarias en la zona rural que en la urbana, es lógico que la mortalidad infantil sea más elevada allí que en la ciudad. Además en la zona rural el nivel de educación es más bajo, la paridez de las mujeres tienden a ser más elevada, el intervalo intergenésico es más corto en esta zona, asociado a carencias básicos, condiciones deficientes de vivienda, etc., todos estos factores que son determinantes principales de la mortalidad infantil, se conjugan para que los recién nacidos de la zona rural tengan mayor probabilidad de morir que los de la zona urbana.

CUADRO Nº 6

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL PARA VILLA ALTAGRACIA, SEGUN
LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MADRE

| | MUJERES CON HIJO PREVIO* | DEFUNCIONES < 1 AÑO | TMI |
|--------------------|--------------------------------|------------------------|-------|
| ZONA URBANA | | | |
| VILLA ALTAGRACIA | 410 | 18 | 43.90 |
| ZONA RURAL | | | |
| RESTO DE V. ALTAG. | 459 | 28 | 61.00 |
| TOTAL | 886*/ | 46 | 51.91 |

* Para las dos zonas se encontraron 2 casos en cada una, que no declararon bien los datos de fecha de nac. o fecha de def..

*/ Incluye todas las mujeres que declararon tener hijo previo.
(Santo Domingo, Resto del D.N. y Otro lugar)

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN LA EDAD DE LA MADRE

La mortalidad en este período de la vida es un hecho que se presenta de manera muy diferente según la edad de la madre del recién nacido. En este estudio se ha demostrado, que las mujeres de 25 años presentan un sesgo de mortalidad mayor que el que presentan las mujeres mayores de esta edad.

Las irregularidades con respecto a lo que debería ser, de acuerdo a la mortalidad infantil estimada en forma general, que presenta el cuadro 7 pueden deberse al número reducido de observaciones que constituyen este universo de análisis, ya que el comportamiento observado en la mortalidad infantil presenta bastantes discrepancias, ya que el mayor número de casos que se presentan en la edad de 20-29 años tan sólo representa el 66% y en cuanto a defunciones de menores de un año se concentra el 70% de los casos.

Es oportuno hacer referencia del número de casos que según Murillo se asocian a una mortalidad infantil como la estimada en este estudio. Según este documento para un nivel de mortalidad infantil de 51.9 por mil, como es el caso, sería necesario contar con un universo de 7000 madres y en este estudio sólo se contó con 890 madres, lo que equivaldría a decir, que las estimaciones hechas aquí adolecen de esta limitante. A pesar de esto la mayoría de los resultados han sido coherentes con lo que supondría debía pasar.

CUADRO Nº 7

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR EDAD DE LA MADRE

| GRUPO DE EDAD | NAC.VIVO | DEFUNCIONES | q(0) POR MIL |
|---------------|----------|-------------|-----------------|
| TOTAL | 886 | 46 | 51.9 |
| 15-19 a/ | 100 | 4 | 40.0 |
| 20-29 | 587 | 32 | 54.5 |
| 30 Y MAS | 199 | 11 | 50.3 |

a/: Este grupo se trató en forma independiente debido a la alta sobremortalidad que existe en él.

MORTALIDAD INFANTIL ASOCIADA A LA PREMATURIDAD

De las mujeres que declararon tener hijo previo el 2.5% de ellos fueron nacimientos de tipo prematuro y el 97.5% eran de tiempo.

Este es un factor importante, dada la gran diferencia que se observa en el momento de llegar a una estimación de la mortalidad infantil que es muy marcada, ya que la mortalidad infantil, asociada con los hijos previos nacidos de tiempo es de 38.19 POR MIL y para los nacidos prematuros se estima de 590 POR MIL, es decir más de la mitad de los nacimientos prematuros mueren antes de cumplir el primer año de vida.

Es oportuno decir que los casos registrados como prematuro, son 22 de los cuales 13 mueren antes de cumplir el primer año de vida. A pesar de que estas cifras son pequeñas se deja entrever a través de ellas el alto riesgo de morir relacionado con el periodo de gestación.

Es importante destacar que de las trece defunciones derivadas de nacimientos prematuros, 10 ocurren antes de cumplir sus primeros 28 días lo que refuerza la relación existente entre el bajo peso al nacer con la mortalidad neonatal, (ver cuadro N°8).

CUADRO N°8

DEFUNCIONES POR EDAD DEL FALLECIDO
SEGUN TIEMPO AL NACER

| TIPO DE PARTO | D E F U N C I O N E S | | | | | |
|---------------|-----------------------|-----|------|--------|---------|---------|
| | ACT. VIVO | 0-6 | 7-27 | 28-181 | 182-365 | 365 Y + |
| DE TIEMPO | 806 | 5 | 4 | 12 | 12 | 25 |
| PREMATURO | 8 | 7 | 3 | - | 3 | 1 |
| TOTAL | 814 | 12 | 7 | 12 | 15 | 26 |

DEFUNCIONES POR ATENCION MEDICA ANTES DE MORIR

La distribución de defuncines de menores de un año por atención médica, revelan que en este localidad el 74% recibió atención médica, mientras que el 26% no fue atendida, lo que nos lleva a decir que el servicio médico tiene una cobertura aceptable, ya que en términos generales 3 de cada 4 eran atendidos.

Se considera importante decir que del total de niños declarados como muerto, el 67.39% recibieron atención en un hospital público, lo que pone de manifiesto la deficiencia con que son aplicados ahí los servicios médicos.

CUADRO N°9

DEFUNCIONES MENORES DE UN AÑO POR ATENCION MEDICA

| | ABSOLUTO | RELATIVO |
|------------------|----------|----------|
| ATENDIDAS | 34 | 73.91 |
| Hospital Público | 31 | 67.39 |
| Clínica Privada | 3 | 6.52 |
| NO. ATENDIDAS | 12 | 26.09 |
| | | |
| TOTAL | 42 | 100.00 |

MORTALIDAD EN LA NIÑEZ Y PARIDEZ

Entre los factores de riesgo de la mortalidad en los primeros años de vida, se destaca de manera importante la relación que existe entre el número de hijos tenidos por las madres (paridez) y la mortalidad en la niñez.

Las estimaciones arrojadas en este análisis muestran cuán diferente es la mortalidad por efecto de la cantidad de hijos tenidos por la madre, ya que las madres que declararon haber tenido un solo hijo presentan la mortalidad más baja (75.39) esta fue aumentando a medida que fue aumentando el número de hijos, por lo que se considera que existe una relación directa entre la paridez y la mortalidad en la niñez, aunque podría ser diferente para las madres con un hijo, ya que son primerizas y más jóvenes.

CUADRO N°10

MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SEGUN TOTAL DE HIJOS TENIDOS
POR LAS MADRES DE VILLA ALTAGRACIA

| Hijos Tenidos | Total Madre | HIJOS PREVIOS | | q(2) |
|---------------|-------------|---------------|---------|-------|
| | | Vivos | Muertos | |
| 1 | 252 | 233 | 19 | 75.39 |
| 2 | 197 | 180 | 17 | 86.29 |
| 3 | 138 | 125 | 13 | 94.20 |
| 4 y Más | 303 | 276 | 27 | 89.11 |
| TOTAL | 890 | 814 | 76 | 85.39 |

MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ RELACIONADA CON LA EDUCACION DE
LA MADRE.

En innumerables estudios hechos sobre este tema se ha demostrado que el nivel de instrucción de la madre es una variable que introduce diferencias importantes en la mortalidad infantil y al principio de la vida.

Se comprueba en este estudio que la relación que existe entre el factor educación y mortalidad infantil y la niñez es una relación inversa, es decir, a mayor nivel de escolaridad disminuye el riesgo de morir en los primeros años de la vida.

El cuadro N°11 muestra que para las mujeres que declararon no tener ningún nivel de escolaridad, el riesgo de muerte es mucho más elevado (105.88) por mil que el que presentan las madres que declararon algún nivel de instrucción, (41.10) para las que declararon más de seis años de instrucción, la mortalidad de los hijos de estas es 2.6 veces mayor que la de los hijos de madres con mayor educación. Por lo que se considera que la educación de la madre es un factor determinante en el nivel de la mortalidad, aun en el primer año de la vida esto se demuestra claramente ya que para las madres que declararon tener entre 0 y 4 años de instrucción el riesgo de morir entre el nacimiento y el primer año es de 59.3 por mil, mientras que para las que declararon tener seis y ocho años de escolaridad esta era de 41.92 por mil, disminuyendose aun más este valor a 34.24% por mil, para las que declararon tener un nivel superior, observando una disminución de 42.25% entre las mujeres que no tienen ningún nivel y las que declararon tener más de seis años de instrucción.

CUADRO Nº11

INDICADORES DE LA MORTALIDAD DE LA NIÑEZ SEGUN INSTRUCCION DE LA MADRE

| NIVEL DE INST. | TOTAL | VIVOS | MUERTOS | <DE 1 | q(0) | q(2) |
|-----------------|-------|-------|---------|-------|-------------------|--------|
| Sin Escolaridad | 255 | 229 | 27 | 14 | 54.90 a/ 59.33 | 105.88 |
| Primario | | | | | | |
| 1 - 4 | 318 | 288 | 30 | 20 | 62.89 | 94.34 |
| 5 - 6 | 167 | 157 | 10 | 7 | 41.92 | 59.88 |
| Intermedio | | | | | | |
| Secundario y | 146 | 140 | 6 | 5 | 34.24 | 41.10 |
| Universitario | | | | | | |

a/ Esto se agrupó de esa manera debido a que se consideró las mujeres que no tienen ningún nivel y las que tienen de uno a cuatro años, pertenecen a la misma categoría, además otra razón del agrupamiento fue tener una mayor representatividad en el estudio.

MORTALIDAD INFANTIL VINCULADA CON EL INTERVALO INTERGENESICO

El procedimiento propuesto descansa en el supuesto de que la sobrevivencia del hijo inmediatamente anterior al actual comprende a un tiempo de exposición al riesgo de muerte igual al intervalo intergenésico promedio, el que estaría en torno a 2.5 debido a que la fecundidad de las mujeres involucradas en el estudio se sospecha alta.

El intervalo intergenésico se pudo calcular debido a que en el cuestionario aplicado a las mujeres que fueron a dar a luz a esta maternidad, se le preguntó a aquellas que habían declarado haber tenido un nacido vivo inmediatamente anterior a este parto,

LA FECHA DE NACIMIENTO DE SU HIJO PREVIO

LA FECHA DE REGISTRO DEL HIJO ACTUAL

se puede determinar el intervalo intergenésico para cada una de las mujeres, agrupandola en las categorías que se muestran en el cuadro 12 y además obteniendo un intervalo promedio de 2.84, esto multiplicado por .8, nos lleva a un valor de 2.3 cercano al valor 2, por lo que se considera que efectivamente las mujeres en nuestro estudio tienden a tener un fecundidad alta.

Haciendo el cruce del intervalo intergenésico con la edad del hijo previo al fallecer, se puede notar el riesgo de muerte mayor que presentan los hijos previos a medida que este intervalo es mas pequeño, es decir, existe un vinculo negativo entre este y la mortalidad en los inicios de la vida. Lo que se puede confirmar observando en dicho cuadro las estimaciones a las cuales se llegaron, por ejemplo para los hijos de mujeres con un intervalo intergenésico menores de un año se calculó una tasa de mortalidad infantil de 147.0, mientras que para los hijos de mujeres con un intervalo intergenésico de 3 años y más la TMI era igual a 38.13.

CUADRO Nº12

MORTALIDAD INFANTIL ASOCIADA AL INTERVALO INTERGENESICO
Y EDAD AL MORIR.

| EDAD AL FALLECER | INTERVALO INTERGENESICO | | | |
|----------------------------------|-------------------------|---------|---------|---------|
| | < 1 | 1 - 1.9 | 2 - 2.9 | 3 y más |
| 0 - 6 | 1 | 6 | 2 | 3 |
| 7 - 27 | 0 | 4 | 1 | 2 |
| 28 - 181 | 3 | 3 | 4 | 2 |
| 182 - 365 | 1 | 5 | 7 | 2 |
| + de 365 | 0 | 6 | 7 | 3 |
| ACTUALMENTE VIVO | 29 | 283 | 276 | 214 |
| TOTAL | 34 | 307 | 297 | 236 |
| q(0) | 147.0 | 58.6 | 47.1 | 38.1 |
| q(2) | 147.0 | 78.1 | 70.7 | 93.2 |
| INTERVALO PROMEDIO INTERGENESICO | | | | 2.842 |
| X | | | | 2.3 |
| MIN. INTERVALO INTERGENESICO | | | | 1.0 |
| MAX. INTERVALO INTERGENESICO | | | | 4.0 |

Nota: Hay 16 observaciones de hijos previos que no se llegó a determinar su intervalo intergenésico.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Después de la realización de este estudio sobre la mortalidad infantil y la niñez, a través de la metodología diseñada originalmente por MACRAE (metodología del hijo previo) se ha llegado, al cumplimiento de algunos objetivos que habían sido propuestos, al inicio de este análisis.

A pesar de que en esta investigación se han estudiado, algunos factores adicionales con respecto a otros estudios, se han realizado entre otras investigaciones, la estimación con respecto a la mortalidad de la niñez e infantil, que se han desarrollado en el pasado, como es el caso del intervalo intergenésico como determinante de la mortalidad en estas edades, se considera que estas tareas a través de esta metodología, pueden desarrollarse con mayor profundidad y adicionando otros factores que pueden ser importantes en la determinación de esta mortalidad.

En este cuestionario se incluyen aspectos de interés que podrían permitir, hacer la estimación de la mortalidad infantil a través de otras técnicas como es el caso de la metodología de "W. BRASS", con las siguientes preguntas:

Cuántos hijos nacidos vivo ha tenido ? y
De esos hijos cuantos viven aún ?

con lo cual podría hacerse como una alternativa de comparación y que en este análisis no se hizo por razones de tiempo.

Entre las cosas importantes que resultaron en este estudio se puede destacar, la comparación que pudo hacerse de la composición de la mortalidad infantil (neonatal y post-neonatal) obtenida en el sub-centro de salud de "VILLA ALTAGRACIA" y la composición que presentaba COSTA RICA, como un país de buena información estadística, cuando contaba con un nivel de mortalidad semejante al que se ha estimado en esta investigación. De esta comparación resultó que ambas tenían una estructura más o menos parecida a pesar de que en este estudio se conto con un conjunto de mujeres muy reducido, con respecto a lo que plantea Morillo en su documento de la metodología del hijo previo, de que para un nivel de mortalidad, como el que se ha estimado en este estudio (51.9 por mil), se necesita de un conjunto de madres con hijos previos nacidos vivos de 7,000 lo que en cierto momento llevo a pesar bastante para poder obtener conclusiones.

Un resultado que vale la pena analizar es el comportamiento presentado por la $q(0)$ y la $q(2)$ que al considerarse en relación con el intervalo intergenésico, se observa lo que realmente se esperaba, es decir que se destacara el vínculo negativo que existe entre este indicador y el intervalo intergenésico (a medida que aumenta el intervalo intergenésico desciende la mortalidad infantil). Este comportamiento demuestra claramente la importancia que representa el tiempo que tardan las madres entre los nacimientos de sus hijos en el riesgo de muerte de estos.

Por lo importante que podría resultar, vale la pena recalcar que con las preguntas especiales que se han incluido en esta boleta, puede hacerse la aplicación de W. BRASS, para estimar la mortalidad infantil y esto enriquecería mucho más el método, ya que se contaría con mayores alternativas de comparación.

Otro elemento que debe ser considerado de manera muy particular, es el resultado que se ha llegado en el sentido de que se ha demostrado la gran diferencia que existe entre la forma en que mueren los recién nacidos de la zona rural y los de la zona urbana, el estudio ha demostrado claramente la gran diferencia que introduce el lugar de residencia de la madre en la mortalidad infantil.

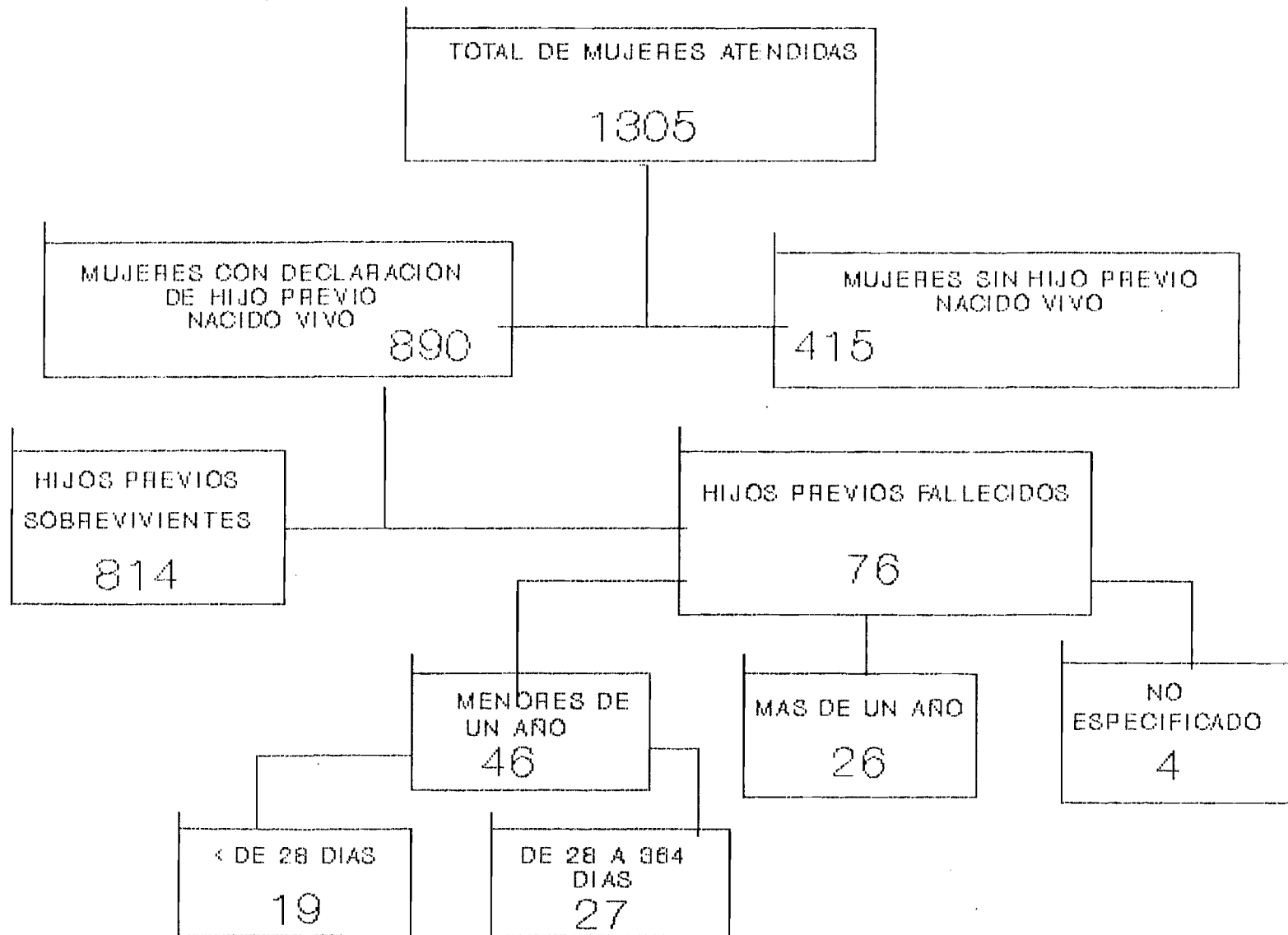
A partir de este estudio surge la idea de sugerir a las autoridades que tienen en sus manos el desarrollo de esta encuesta, que ésta debe ser extendida de tal manera que se logre un número de observaciones más completo ya que con esto se lograría que las estimaciones hechas a través de esta metodología serían mucho más concordante con lo que acontece en la realidad de la población donde se aplique.

BIBLIOGRAFIA

- CONAPOFA/CELADE. Investigación de la mortalidad infantil mediante el método del hijo previo en el Hospital de maternidad de nuestra señora de la Altagracia y en la Clínica de maternidad San Rafael. 1987.
- CONAPOFA/CELADE. La mortalidad Infantil en Santo Domingo en la Década de los años 80. Abril de 1990.
- CELADE. Nuevo procedimiento para recolectar información sobre la mortalidad de la niñez. Abril de 1985.
- CELADE. La mortalidad infantil en Honduras. 1985.
- CELADE. AÑO XVI. Notas de Población. Nº 46 y Nº 47. Abril/Agosto de 1988.
- MURILLO, Antonio. Manual para la aplicación de la metodología del hijo previo. Notas preliminares.

ANEXO

REPUBLICA DOMINICANA
VILLA ALTAGRACIA
SUBCENTRO DE MATERNIDAD DE VILLA ALTAGRACIA



| 7 | | 8 | | 9 | |
|------------------------|-------|------------------------|-------|------------------------|-------|
| Santo Domingo | 1 | Santo Domingo | 1 | Santo Domingo. | 1 |
| Resto del D.N. | 2 | Resto del D.N. | 2 | Resto del D.N. | 2 |
| Villa Altagracia | 3 | Villa Altagracia | 3 | Villa Altagracia | 3 |
| Resto de V. Altagracia | 4 | Resto de V. Altagracia | 4 | Resto de V. Altagracia | 4 |
| Otro Lugar | 5 | Otro Lugar | 5 | Otro Lugar | 5 |
| _____ | | _____ | | _____ | |
| Ninguno | 0 0 | Ninguno | 0 0 | Ninguno | 0 0 |
| Primario | ___ 1 | Primario | ___ 1 | Primario | ___ 1 |
| Secundario | ___ 2 | Secundario | ___ 2 | Secundario | ___ 2 |
| Universitario | ___ 3 | Universitario | ___ 3 | Universitario | ___ 3 |
| Ninguno (pase a P.7) | 00 | Ninguno (pase a P.7) | 00 | Ninguno (pase a P.7) | 00 |
| _____ | | _____ | | _____ | |
| _____ | | _____ | | _____ | |
| Nacido vivo | 1 | Nacido vivo | 1 | Nacido vivo | 1 |
| Nacido Muerto | 2 | Nacido Muerto | 2 | Nacido Muerto | 2 |
| Pérdida o aborto | 3 | Pérdida o aborto | 3 | Pérdida o aborto | 3 |
| Nacido vivo | 1 | Nacido vivo | 1 | Nacido vivo | 1 |
| Nacido Muerto | 2 | Nacido Muerto | 2 | Nacido Muerto | 2 |
| Pérdida o aborto | 3 | Pérdida o aborto | 3 | Pérdida o aborto | 3 |
| No embarazada antes 1/ | 4 | No embarazada antes 1/ | 4 | No embarazada antes 1/ | 4 |

preguntas sobre ese (el último) hijo nacido vivo que usted tuvo anterior a este parto:

| | | | | | |
|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|---|
| Nombre _____ | 1 | Nombre _____ | 1 | Nombre _____ | 1 |
| No llegó a tener nombre | 2 | No llegó a tener nombre | 2 | No llegó a tener nombre | 2 |
| No nacido vivo antes 1/ | 3 | No nacido vivo antes 1/ | 3 | No nacido vivo antes 1/ | 3 |
| _____/_____/_____ | | _____/_____/_____ | | _____/_____/_____ | |
| De tiempo | 1 | De tiempo | 1 | De tiempo | 1 |
| Prematuro | 2 | Prematuro | 2 | Prematuro | 2 |
| Si 1/ | 1 | Si 1/ | 1 | Si 1/ | 1 |
| No | 2 | No | 2 | No | 2 |
| _____/_____/_____ | | _____/_____/_____ | | _____/_____/_____ | |
| Hospital público | 1 | Hospital público | 1 | Hospital público | 1 |
| IDSS | 2 | IDSS | 2 | IDSS | 2 |
| Clínica privada | 3 | Clínica privada | 3 | Clínica privada | 3 |
| No fue atendida | 4 | No fue atendida | 4 | No fue atendida | 4 |



REPÚBLICA DOMINICANA
INVESTIGACION SOBRE LA MORTALIDAD INFANTIL
(Registro de defunciones del nacimiento previo)

Centro de Salud _____ / ____ /

Fecha de la entrevista _____ / _____ / .88

Hoja No. _____ de _____

Columnas con Información / ____ /

Nombre entrevistador _____ / ____ /

Observaciones: _____

| PREGUNTAS: | PERSONAS: | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Nombre, Apellido | | | | | | | | |
| 2. Dónde vive usted? | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 | Santo Domingo 1 Resto del D.N. 2 Villa Altigracia 3 Resto de V. Altigracia 4 Otro Lugar 5 |
| 3. Cuál es su edad en años cumplidos? | _____ | | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. Cuál fue el último curso que usted aprobó y de qué nivel? | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 | Ninguno 0 0 Primario _____ 1 Secundario _____ 2 Universitario _____ 3 |
| 5. Sin incluir el parto actual, cuántos hijos nacidos vivos ha tenido usted? | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ | Ninguno (pase a P.7) 00 _____ |
| 6. De esos hijos, cuántos han fallecido aunque sea poco tiempo después de haber nacido? | _____ | | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. En este parto tuvo usted un nacido vivo, un nacido muerto, una pérdida o aborto? | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 |
| 8. En su embarazo anterior a este parto tuvo usted un nacido vivo, un nacido muerto, una pérdida o aborto? | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 | Nacido vivo 1 Nacido Muerto 2 Pérdida o aborto 3 No embarazada antes 1/ 4 |

Ahora vamos a hacerle algunas preguntas sobre ese (el último) hijo nacido vivo que usted tuvo anterior a este parto:

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 9. Qué nombre le puso usted a ese niño (al último hijo nacido vivo, que tuvo antes del parto actual)? | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 | Nombre _____ 1 No llegó a tener nombre 2 No nacido vivo antes 1/ 3 |
| 10. En qué fecha nació... (ese niño)? | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 11. (Ese niño)..... Fue de tiempo o prematuro? | De tiempo 1 Prematuro 2 | De tiempo 1 Prematuro 2 | De tiempo 1 Prematuro 2 | De tiempo 1 Prematuro 2 | De tiempo 1 Prematuro 2 | De tiempo 1 Prematuro 2 | De tiempo 1 Prematuro 2 |
| 12. Está vivo.....(ese niño)? | Si 1/ No 2 | Si 1/ No 2 | Si 1/ No 2 | Si 1/ No 2 | Si 1/ No 2 | Si 1/ No 2 | Si 1/ No 2 |
| 13. En qué fecha falleció... (ese niño)? | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ | ____/____/____ |
| 14. (Ese niño).....fue atendido por un médico en relación con la enfermedad que le produjo la muerte? | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 | Hospital público 1 IDSS 2 Clínica privada 3 No fue atendida 4 |