

**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
SAN JOSE, COSTA RICA**

Trabajo final de Investigación

MORTALIDAD INFANTIL EN REPUBLICA DOMINICANA

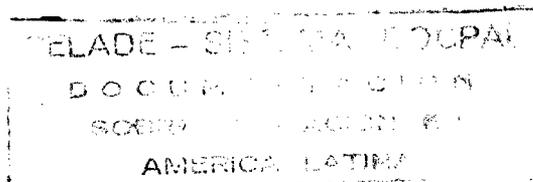
*Martínez Durán, Ramona
Lugo, Juan Confesor*

XV

**CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO PARA EL
DESARROLLO, 1992**

Agosto - Diciembre,

GRIADD



AGRADECIMIENTO

**DESEAMOS EXPRESAR NUESTRO AGRADECIMIENTO
A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DE ALGUNA MANERA
CONTRIBUYERON EN NUESTRA PARTICIPACION Y
FINALIZACION EN ESTE CURSO**

EN ESPECIAL:

AL CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

Y A LAS SIGUIENTES PERSONAS:

OFELIA DE SUPELANO

DOMINGO PRIMANTE

WIETZE LINDEBOOM

Y A TODO EL PERSONAL DE CELADE

A LA OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACION Y

A LA OFICINA NACIONAL DE ESTADISTICA



**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
SAN JOSE, COSTA RICA**

MORTALIDAD INFANTIL EN REPUBLICA DOMINICANA

XV

**CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO PARA EL
DESARROLLO, 1992**

CRIADD

**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
CELADE**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

TEMA

MORTALIDAD INFANTIL EN REPUBLICA DOMINICANA

ASESOR

DOMINGO PRIMANTE

INTEGRANTES

RAMONA MARTINEZ DURAN

JUAN CONFESOR LUGO

**XV CURSO REGIONAL INTENSIVO DE ANALISIS DEMOGRAFICO
PARA EL DESARROLLO, 1992.**

DICIEMBRE 1992

INDICE

	Página
INTRODUCCION.....	1
<u>CAPITULO I</u>	2
1.1 UBICACION GEOGRAFICA Y LOCALIZACION.....	2
1.2 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	4
1.4 ASPECTOS METODOLOGICOS.....	5
a._ APLICACION PRACTICA DEL METODO DE BRASS....	6
b._ VARIANTE DE COALE Y TRUSSELL.....	6
<u>CAPITULO II</u>	8
2.1 MORTALIDAD INFANTIL SEGUN DIFERENTES FUENTES....	8
2.2 DIFERENCIALES DE MORTALIDAD.....	10
<u>CAPITULO III</u>	13
3.1 ANALISIS DE ALGUNAS VARIABLES RELACIONADA A LA MORTALIDAD INFANTIL.....	13
a._ ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE ACUERDO AL NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MADRE....	13
b._ ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE ACUERDO AL ESTADO CONYUGAL DE LAS MUJERES.....	15
c._ ESTIMACION DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE ACUERDO A LOS MATERIALES PREDOMINANTE DEL PISO DE LA VIVIENDA.....	16
CONCLUSIONES.....	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
ANEXO	

INTRODUCCION

El presente estudio ha sido elaborado para estimar y observar la tendencia de la Mortalidad Infantil y Juvenil en la República Dominicana, a través del tiempo, tomando como fuente de información: La Encuesta Nacional de Fecundidad 1975, Censo de Población y Vivienda 1981, y las Encuestas Demográficas y de Salud (ENDESA 86 y 91). Así también para analizar la relación de este indicador (mortalidad infantil) con los indicadores de desarrollo socioeconómico y con la política de salud del país.

En vista de que la República Dominicana como los demás países de América Latina, presentan deficiencia en los registros de nacimientos y defunciones, es necesario utilizar técnicas indirectas que le permitan estimar las variables demográficas, en este caso la mortalidad en los primeros años de vida; Para ello utilizamos el Método de Brass variante de Coale y Trussell.

Dado que la mortalidad en la niñez está asociada a una serie de características de la madre y del hogar las cuales son investigadas en los censos y las encuestas, es de vital importancia disponer de estas fuentes de información para estimar la mortalidad según estas características que no se pueden obtener de las estadísticas vitales aunque ellas fueran completas y de buena calidad.

CAPITULO I

1.1 UBICACION GEOGRAFICA Y LOCALIZACION

La República Dominicana ocupa las dos terceras partes de la isla de Santo Domingo y constituye una nación organizada en estado libre e independiente con una superficie territorial de 48,442.23 kilómetros cuadrados y una población estimada en 7,669,311 de habitantes, hacia el año de 1992, según los resultados de las proyecciones nacionales de población (ONE-CELADE), 1950-2025.

Está ubicada debajo del trópico de Cáncer en el Archipiélago de las Antillas y limita al norte con el océano Atlántico, al sur el Mar Caribe, al este el Canal de la Mona que la separa de Puerto Rico y al oeste la República de Haití.

Durante la mayor parte del presente siglo la economía dominicana estuvo basada, en lo fundamental, en la producción y exportación de azúcar, café, cacao, tabaco y otros productos agropecuarios. A partir de la década de los setenta la minería comenzó a adquirir importancia con la explotación del ferroniquel, así como el oro y la plata. Así también se han desarrollado otras áreas económicas tales como: las zonas francas industriales, de exportación y el turismo.

ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La investigación sobre la mortalidad infantil y juvenil está basada sobre el método de "WILLIAM BRASS" (variante de Coale y Trussell), esta metodología ha sido aplicada en forma amplia en los países de menor desarrollo; en la República Dominicana se pueden citar:(DHS-86, ENF-75,CENSO-81, DHS-91,etc.).El fenómeno de la mortalidad infantil en niños menores de cinco años tiene especial impacto y llega a constituir un indicador de salud importante en el país.

Este estudio está basado en un análisis comparativo de las diferentes estimaciones de mortalidad que se han obtenido por las distintas fuentes mencionadas anteriormente,pero centrado en la Encuesta Demográfica y de salud de 1986(ENDESA-86).

Los datos de esta encuesta permiten medir la mortalidad infantil atendiendo a dos procedimientos distintos.

Uno de ellos es el denominado método directo, por el cual la estimación se obtiene a través de la información brindada por las mujeres sobre la fecha de nacimiento y de muerte (si corresponde) de cada uno de sus hijos nacidos vivos; en esta encuesta,se obtiene información para cada uno de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años.

A partir de este procedimiento es posible obtener estimaciones de la mortalidad neonatal,postneonatal,infantil e incluso la probabilidad de muerte entre 1 y 5 años.

El otro procedimiento es el método indirecto, se basa en uso de la información retrospectiva agregada brindada por las mujeres sobre el número total de hijos tenidos y de hijos fallecidos.

A partir de la razón entre los fallecidos y los nacidos vivos de acuerdo a la edad actual de la mujer, es posible obtener probabilidades de muerte desde el nacimiento hasta una edad x. Esto se realiza mediante la aplicación del método desarrollado originalmente por William Brass y modificado por Coale-Trussell.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo, es analizar la tendencia de las diferencias geográficas y socioeconómicas de la mortalidad infantil.

Dentro de este contexto clasificamos nuestros objetivos en:

1-Panorama de la mortalidad infantil del país a partir de distintas fuentes de información

2- Estimación de la mortalidad infantil según nivel de instrucción y estado conyugal de la madre.

3- Mortalidad infantil según materiales predominante del piso de la vivienda.

4- Mortalidad infantil según zona de residencia (URBANA Y RURAL)

5- Analizar la probabilidad de morir dependiendo del tiempo de exposición al riesgo de morir y al riesgo de mortalidad al que están expuestos.

6- observar la tendencia de las parideces estimadas en las principales fuentes de este estudio (DHS-86, DHS-91).

Método utilizado:

Método de Brass variante de Coale y Trussell, "Técnica indirecta de estimación de la mortalidad infantil y juvenil".

Este método utiliza información proporcionada por las mujeres a partir de cierta edad para obtener estimaciones de la mortalidad al comienzo de la vida con la variante de Coale-Trussell. Esta variante tiene la ventaja que permite estimar la mortalidad no solo referida al momento del estudio utilizado como fuente, sino que permite obtener información sobre la tendencia de la mortalidad en los años anteriores a la encuesta.

Informaciones que requiere el método:

Número de hijos nacidos vivos.

Hijos sobrevivientes.

Total de mujeres por grupo de edad (15-49).

Y se obtienen con las preguntas a las mujeres, a partir de los 12 ó 15 años; Cuántos hijos nacidos vivos ha tenido? y Cuántos de estos están vivos actualmente?

Con estas informaciones se calculan las proporciones de hijos fallecidos según edad de la madre. La cual va a depender: del tiempo durante el cual estos niños han estado expuestos al riesgo de morir; y a los riesgos de mortalidad que han estado expuestos.

Esta técnica permite convertir esas proporciones en probabilidades de morir entre el nacimiento y ciertas edades exactas. El tiempo de exposición al riesgo de morir está determinado por la fecha de nacimiento, que depende a su vez de los patrones de fecundidad a que han estado expuestas las mujeres.

Fórmula utilizada para calcular la proporción de hijos fallecidos.

$$Q_i = 1 - H_{Si}/HN_{Vi}$$

Donde:

Q_i = es la proporción de hijos fallecidos con respecto al total de nacidos vivos que pertenecen al grupo de edades i de las madres, con $i=1$ para 15-19, $i=2$ para 20-24. ..., $i=7$ para 45-49.

HS_i = es el número de hijos sobrevivientes por mujer de edad i .

HNV_i = número de hijos nacidos vivos por mujer de edad i .

Supuestos que requiere la aplicación del método:

La fecundidad y la mortalidad han permanecido invariable en años recientes (para fines prácticos, aproximadamente en los últimos diez años).

La mortalidad de los hijos de las mujeres informantes es la misma que la de todos los nacidos vivos en la población.

Los riesgos de muerte de los hijos son independiente de la edad de la madre.

La estructura de la mortalidad y de la fecundidad de la población no son muy diferentes de las estructuras de los modelos empleados en el cálculo de las tablas que se emplean para obtener las estimaciones.

a. APLICACION PRACTICA DEL METODO DE BRASS

A partir de la información antes señalada, se calcula la proporción de hijos fallecidos Q_i para obtener los multiplicadores K_i cuyos valores dependen fundamentalmente del comportamiento de la fecundidad, interpolando linealmente en la tabla de multiplicadores construida por Brass a partir de la edad media de la fecundidad (m') y el número promedio de hijos tenidos nacidos vivos por las mujeres de edad entre los 20-24 y 25-29 años (P_1/P_2 y P_2/P_3). El producto de Q_i y K_i transforma la proporción de hijos fallecidos en probabilidades de muerte desde el nacimiento hasta las edades 1,2,3,5,10,15 y 20 (con la información derivada de las mujeres entre los 15-49 años). Es importante señalar que estos resultados en general deben ser sometidos a un ajuste debido a que generalmente provienen de información censal.

b. VARIANTE DE COALE Y TRUSSELL

Para aplicar la variante de Coale y Trussell a la técnica de Brass para estimar la mortalidad infantil y juvenil, se siguen prácticamente los mismos pasos propuesto originalmente por Brass. La diferencia consiste en la estimación de K_i , en lugar de interpolar estos valores en la tabla de multiplicadores, se aplica una ecuación de regresión tomando los coeficientes de la tabla modelo de Coale y Demeny. Para hacer esto es necesario decidir cuál es el modelo de la tabla de Coale y Demeny que representa de manera más adecuada la estructura por edad de la

población en estudio. En este estudio se aplicó el modelo sur, debido a que es el que se ajusta en algunos casos a los países subdesarrollados, donde la mortalidad en los primeros años de la vida (1-4 años) es alta. Al realizar la estimaciones con las distintas familias, la del modelo sur fué la que dió resultados más coherentes con el nivel de mortalidad de la República Dominicana.

Además, en los estimaciones anteriores realizadas en el país se utilizó este modelo, lo que nos permite hacer comparaciones. Es importante señalar que con la aplicación del método de Brass, se obtienen indicadores diferentes de la mortalidad a partir de cada edad de las mujeres, situación que dificulta hacer algún análisis acerca de la evolución de la mortalidad en el tiempo. Por lo que la variante de Coale y Trusell resuelve esta situación al obtener por interpolación niveles en la tabla de Coale y Demeny. Este nivel es un indicador homogéneo del nivel de la mortalidad en las primeras edades y con este nivel se obtiene la TMI correspondiente, a través del cual se puede hacer análisis de su tendencia en el tiempo.

FORMULA UTILAZADA PARA LA APLICACION DE LA VARIANTE:

$$K_i = a_i + b_i p_1/p_2 + c_i p_2/p_3$$

$$t_i = a_i + b_i p_1/p_2 + c_i p_2/p_3$$

CAPITULO II

En este capítulo presentamos las informaciones sobre mortalidad infantil obtenida por el método indirecto, los niveles y tendencia de la mortalidad y diferenciales de la mortalidad urbana y rural.

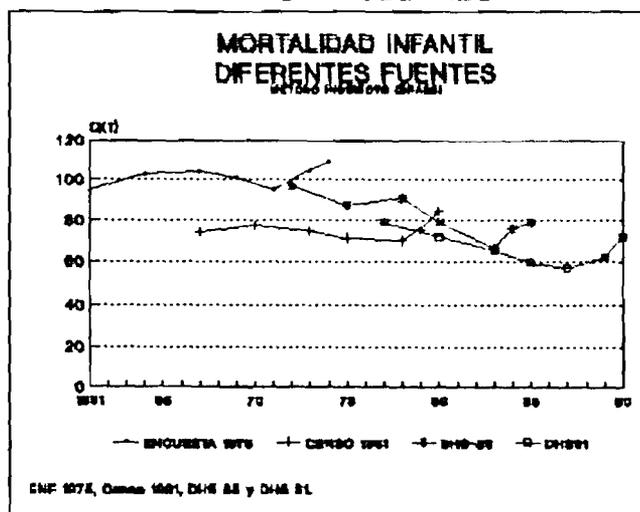
2.1 Mortalidad infantil según diferentes fuentes.

El gráfico que presentamos a continuación muestra la mortalidad infantil estimada por el método indirecto (Brass y la variante de Coale-Trussell), para diferentes fuentes de información. En este gráfico se aprecia que existen irregularidades en estimaciones de las distintas fuentes, sobre todo la que corresponde a la muestra del censo de población del 1981. (ver gráfico N°1)

En sentido general se observa que la TMI de más de 100 por mil en los años 60 pasa a 60 por mil hacia finales de los 80. Es evidente que la mortalidad infantil estimada a partir del grupo de edad 15-19, está sobreestimada debido a que los hijos de esta mujeres tienen mayor probabilidad de morir y están expuestos a mayor riesgo de muerte.

Aunque la información tiene irregularidades y se puede sospechar que se subestime la mortalidad infantil, por ejemplo en la ENF 75 y el censo de 1981, es evidente el descenso que ha tenido esta mortalidad en el país.

GRAFICO N°1



Todas las fuentes presentan problemas no solo para el grupo 15-19 años, a medida que avanza la edad de las mujeres hay problemas en la declaración de los hijos tenidos nacidos vivos y sobrevivientes, se tiende a olvidar los hijos nacidos vivos y los que fallecen al poco tiempo de nacer. Estas irregularidades descriptas se agravan cuando se trabaja con información desagregada, lo que nos condujo a aplicar ajuste a las tasas de mortalidad observada en las encuestas DHS-86, DHS-91. Dicho ajuste consistió en la aplicación de la técnica de los promedios móviles, a los niveles obtenidos para cada estimación de las probabilidades de muerte, adicionalmente se dejó fuera el valor que se deriva de la información suministrada por las mujeres de 15-19 años; en definitiva de las siete estimaciones originales se terminó trabajando con cuatro, otro tanto se practicó a los tiempos atribuidos a cada probabilidad de morir.

Dado que se cuenta con la información básica que permite la aplicación del método de Brass y la variante de Coale y Trusell, se obtuvo los resultados que se muestran a continuación en los cuadros N01, N02 y en el gráfico N02. A los efectos de suavizar y ajustar las estimaciones se practicó también promedios móviles de los años al cual corresponden las estimaciones.

En las correcciones efectuadas se observa que las estimaciones de la mortalidad infantil más reciente tienen un comportamiento aceptable; hay una tendencia lineal entre los valores derivados de la DHS-86 y de la DHS-91. En definitiva la mortalidad infantil hacia el pasado da un valor de aproximadamente de 90 por mil en 1975 a 60 por mil en el 1987, (ver gráfico N02) lo que representa un descenso de un 33% en estos 12 años transcurridos.

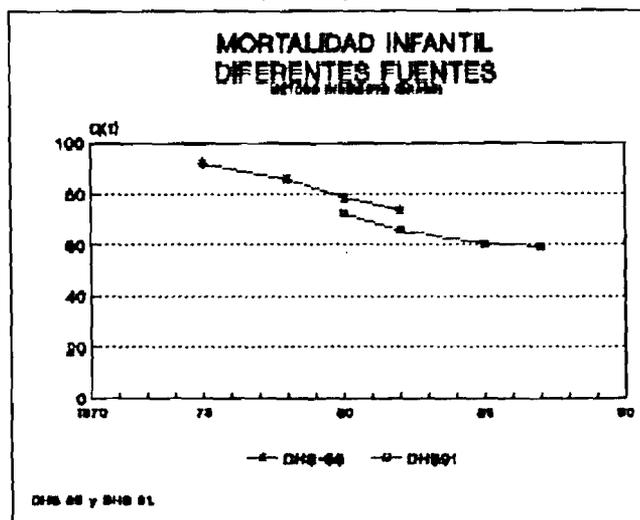
Cuadro No.1
REPUBLICA DOMINICANA
Mortalidad infantil ajustada
(promedio móviles trienales), DHS-91

AÑOS	NIVELES	TMI
1979.63	19.99	72
1982.47	20.67	66
1985.03	21.20	61
1987.20	21.33	59

Cuadro No.2
 REPUBLICA DOMINICANA
 Mortalidad infantil ajustada
 (promedio móviles trienales), DHS-86

AÑOS	NIVELES	TMI
1975.12	17.98	92
1977.85	18.60	86
1980.28	19.33	79
1982.42	19.84	74

GRAFICO Nº2



2.2 Diferenciales de mortalidad.

La población urbana y rural presentan características diferenciales que influyen en la mortalidad infantil. En vista de que las condiciones socioeconómicas es un factor importante en el aumento o disminución de la TMI podemos decir que la zona urbana presenta índices menores que la rural. Generalmente las grandes ciudades poseen la concentración industrial, servicios públicos, comercio, etc, es decir que poseen los elementos que le proporcionan mejores condiciones de vida. Debido a estas características se ven afectada por las altas migraciones, las cuales forman los llamados cinturones de miseria. Ante esta situación es necesario que las autoridades competente presten mayor atención a la zona rural en cuanto a los servicios básicos

necesarios para mejorar las condiciones de vida de dicha zona.

A pesar del diferencial de la mortalidad infantil en zona urbana y rural, esta situación varía dentro de país, presentándose situaciones diferentes.

En el cuadro N°4 podemos observar que para el 1982, la zona urbana presentaba una TMI de 73 por mil menor que la registrada en la zona rural la cual era de 93 por mil. Siendo esta última 28% mayor que la primera.

Otro aspecto importante en señalar es que el número de mujeres de la zona urbana es mayor, la cual representan el 60% del total y además presenta casi el mismo número de hijos nacidos vivos que las de la zona rural. Por lo tanto estas últimas presentaban una paridez mayor este aspecto de mayor fecundidad tiene relación con la diferente mortalidad infantil.(ver cuadro N°3).

CUADRO N° 3
REPUBLICA DOMINICANA
Distribución absoluta y relativa de las mujeres
y los hijos nacidos vivos, según zona de residencia
DHS-86

ZONA	MUJERES	%	NACIDOS VIVOS	%
URBANA	4600	60.00	10155	50.38
RURAL	3045	40.00	10003	49.62
TOTAL	7645	100.00	20158	100.00

La mortalidad infantil según área presenta una evolución preocupante dado que, a juzgar por las estimaciones obtenidas, la brecha que las separa tenderá a ampliarse como se observa en el cociente de las tasas rurales con respecto a las urbanas. Notándose que en el año más reciente de la estimación (1982), la TMI rural es mayor en un 27% que la urbana mientras que para 1975 era de un 14%. Es importante señalar que las estimaciones correspondiente guardan cierta coherencia para los distintos años de la estimación, (ver cuadro N°4).

Cuadro Nº 4
 REPUBLICA DOMINICANA
 Tasa de mortalidad infantil (q1) segun zona
 de residencia y periodo de referencia. (por mil)

AÑOS	URBANA	RURAL	R/U
1982.42	73	93	1.27
1980.28	75	82	1.09
1977.85	81	92	1.14
1975.12	86	98	1.14

CAPITULO III

3.1 ANALISIS DE ALGUNAS VARIABLES RELACIONADA A LA MORTALIDAD INFANTIL.

Aplicación del método de BRASS (DHS-86)

En el presente trabajo, incluimos el estudio de la mortalidad infantil relacionada con otras variables que no fueron incluidas en el análisis de la encuesta DHS-86, como son las siguientes:

a. _ Estimación de la mortalidad infantil de acuerdo al nivel de instrucción de la madre.

La educación de la madre, es la variable que podría decirse más importante en la sobrevivencia infantil, y constituye el mejor indicador resumen de las condiciones socioeconómica del hogar. Para el estudio de la mortalidad infantil es básico el análisis de esta variable ya que la misma incide en el conocimiento o habilidad en la preparación de los alimentos, las prácticas higiénicas, la decisión de consulta a los especialistas en salud, creencias sobre curación de algunas enfermedades y también sobre los patrones básicos de fecundidad, entre otros. Todos estos aspectos guardan una relación estrecha con la mortalidad infantil.

De acuerdo a la estimaciones obtenidas podemos observar, lo que era de esperarse que a menor nivel de instrucción es más alta la mortalidad infantil; en 1982 para las mujeres sin ningún nivel de instrucción la TMI era de 95 por mil, las de nivel primario 77 por mil y las que corresponden al nivel secundario y universitario (incluida en el grupo de 7 años y más) 49 por mil. Estas cifras confirman lo anteriormente expuesto. (ver cuadro N06 y gráfico N03 del anexo).

Cuadro Nº 5
REPUBLICA DOMINICANA
Distribución absoluta y relativa del número de mujeres
y de hijos tenidos nacidos vivos según nivel de instrucción
DHS-86

NIVEL DE INSTRUCCION	NUMERO DE MUJERES	%	NACIDOS VIVOS	%
SIN INSTRUCCION	469	6.10	2096	10.40
PRIMARIA	4932	64.50	15782	78.30
7 AÑOS Y MAS	2244	29.40	2280	11.30
TOTAL	7645	100.00	20158	100.00

CUADRO Nº 6
REPUBLICA DOMINICANA
Tasa de Mortalidad infantil según nivel de
instrucción de la madre y años de referencia
método indirecto (BRASS)
(por mil)

AÑOS	SIN INSTRUCCION	PRIMARIA	7 AÑOS Y MAS
1982.42	95	77	49
1980.28	101	82	38
1977.85	115	87	43
1975.12	113	91	-

Hay un comportamiento aceptable en las estimaciones de mortalidad que se derivan de las mujeres sin "instrucción" y "primaria" las estimaciones de la TMI aumentan hacia el pasado, no así en las estimaciones para los hijos de mujeres con 7 años y más de instrucción. Aunque hay cierta incertidumbre acerca de las estimaciones sobre todo en las mujeres de mayor instrucción se observa en 1982, que los hijos de mujeres analfabetas tenían una mortalidad casi el doble que la de los hijos de mujeres de mayor instrucción; presentándose en una situación intermedia en el caso de hijos de mujeres con algún nivel de primaria o primaria completa.

Con la intención de tener una idea respecto a la composición de la población según estos niveles de instrucción se presenta la distribución de mujeres de 15-49 años según esos niveles de instrucción y la distribución de los hijos tenidos nacidos vivos, como una aproximación a población expuesta a diferentes riesgos de morir, (ver cuadro Nº5).

Es importante señalar que la tendencia a disminuir observada en la mortalidad infantil ocurre en todos los niveles de instrucción. Según se observa en el cuadro anterior, exepcto para la mujeres de 7 años y más de educación donde se presenta una irregularidad en la estimaciones de los $q(1)$ para los distintos años esto puede ser por la poca representatividad de las observaciones (hijos tenidos y fallecidos). Como consecuencia de esta situación no fué posible hacer la estimación para el año 1975 en este grupo ya que el nivel obtenido estaba fuera de los límites de la tabla de Coale y Demeny.

De acuerdo a los resultados de esta encuesta (DHS-86), podemos confirmar la relación inversa que existe entre fecundidad y mortalidad; se observa que aunque las mujeres de 15-49 sin instrucción son el 6%, ellas aportan con el 10% de los hijos tenidos nacidos vivos. Mientras que las mujeres de más educación que representan casi el 30% de las mujeres de 15-49 años solo aportan el 11% del total de hijos tenidos nacidos vivos.

A pesar de las dudas respecto a la estimaciones de la mortalidad infantil en el caso de hijos de mujeres con 7 años y más de instrucción, se observa que para 1982, los hijos de mujeres analfabetas tienen un riesgo de muerte que es casi el doble de los hijos de mujeres de mayor instrucción.

b. _ Estimación de la mortalidad infantil de acuerdo al estado conyugal de las mujeres.

El estado conyugal es otra variable de importancia dentro del estudio de la mortalidad infantil. De acuerdo a la condiciones socioeconómica de las mujeres unidas asociada a una menor estabilidad conyugal es de esperarse una mayor mortalidad en los hijos de estas que en los de las casadas.

Situación ésta que es confirmada en las estimaciones que hemos realizados. Al observar el cuadro NQ7, podemos ver que para 1982 la mortalidad infantil que experimentaban los hijos de mujeres unidas era de 77 por mil siendo esta 43% mayor que la que experimentaban los hijos de mujeres casadas, la cual era de 54 por mil.

Para la fecha de la encuesta la proporción de mujeres unidas era mayor que la proporción de mujeres casadas, siendo esta de 38% y 19% del total respectivamente y 43% para la categoría "Otro Estado" (solteras, separadas, divorciadas y unidas). Correspondiéndole a la primera el 56% de los nacimientos, información obtenida a partir del total de hijos tenidos nacidos vivos (HTNV), (ver cuadro NQ8).

CUADRO N°8
REPUBLICA DOMINICANA
Distribución absoluta y relativa de los hijos nacidos vivos
y de las mujeres, según estado conyugal de las mismas
DHS-86

ESTADO CONYUGAL	MUJERES	%	NACIDOS VIVOS	%
CASADA	1460	19.10	5609	27.80
UNIDA	2873	37.60	11207	55.60
OTROS EST.	3312	43.30	3342	16.60
TOTAL	7645	100.00	20158	100.00

CUADRO N°7
REPUBLICA DOMINICANA
Mortalidad infantil según estado conyugal de la
madre y años de referencia; método indirecto (BRASS)
(por mil)

AÑOS	CASADA	UNIDA	OTRO ESTADO
1982.42	54	77	86
1980.28	56	85	89
1977.85	67	95	89
1975.12	74	102	95

C. _ Estimación de la mortalidad infantil de acuerdo a los materiales predominante del piso de la vivienda.

En el análisis de las condiciones de la vivienda, lo ideal hubiese sido haber estudiado el estado y condiciones de las mismas, así como la calidad, disponibilidad de agua potable, disposición de excreta, energía eléctrica, entre otras. En vista de que estas condiciones contribuyen a la expansión e incidencia de enfermedades infecciosas y por ende al aumento de la mortalidad infantil. Con esta información es posible derivar una clasificación de las viviendas en, por ejemplo, buenas, regulares, y malas y de esta forma analizar la mortalidad infantil según esta clasificación.

Debido a la poca disponibilidad de tiempo y dificultades en las informaciones básicas no pudimos profundizar al respecto, por lo que se decidió investigar la mortalidad infantil según un solo

aspecto de la vivienda, el referido al material del piso de la misma.

De acuerdo a las estimaciones obtenidas podemos observar que la mortalidad infantil para 1982 de acuerdo a esta variable, era mayor en los hogares con piso de tierra siendo esta de 84 por mil, en lo que respecta a piso de cemento y madera, mosaico y granito, la mortalidad era para el mismo año de 76 y 57 por mil respectivamente, (ver cuadro N99). Por lo que podemos decir que las poblaciones con menores condiciones habitacionales presentan mortalidad infantil más elevada, como consecuencia de la precaria situación económica de la familia.

Otro aspecto importante que hay que señalar y que tiene alta incidencia en la TMI es el grado de hacinamiento en que viven las personas. En el cuadro n910, podemos observar que a menor calidad del piso de la vivienda, existe un mayor número de hijos nacidos vivos. Así también podemos apreciar que la paridez más alta se registra en las mujeres con vivienda en piso de tierra.

Cuadro N9 9
REPUBLICA DOMINICANA
Tasa de mortalidad infantil según material
predominante en el piso de la vivienda y años
de referencia (por mil)

AÑOS	MOSAICO Y GRANITO	CEMENTO Y MADERA	TIERRA
1982.42	57	76	84
1980.28	62	75	93
1977.85	50	84	106
1975.12	58	87	109

CUADRO Nº 10
 REPUBLICA DOMINICANA
 Distribución absoluta y relativa de las mujeres
 y los hijos nacidos vivos, según material predominante
 del piso de la vivienda

MATERIAL PREDOMINANTE	MUJERES	%	NACIDOS VIVOS	%
MOSAICO Y GRANITO	1001	13.09	1446	7.17
CEMENTO Y MADERA	5486	71.76	14188	70.38
TIERRA	1152	15.07	4514	22.39
OTROS	6	0.08	10	0.05
TOTAL	7645	100.00	20158	100.00

CONCLUSIONES

Luego del análisis de las variables consideradas en este estudio podemos decir que la alta mortalidad infantil en República Dominicana, observada a través del tiempo a pesar de la disminución que presenta, está estrechamente ligada a los niveles de pobreza del país, a las precarias condiciones socioeconómicas de la población, a las desigualdades sociales y a la falta de acceso generalizado a los servicios de salud.

A pesar del esfuerzo de las distintas autoridades en disminuir la mortalidad infantil, utilizando métodos como la campaña de vacunación contra la polio, difteria, tosferina y tétanos, la TMI presenta altos niveles. Lo que nos indica que las causas principales y básicas no han sido solucionadas, dentro de la que podemos citar: la poca participación de la mujer en la actividad económica y educativa, la falta de creación de planes y programas de desarrollo que permitan la inserción de la población en sentido general a la actividad económica, la falta de centros de salud y equipos necesarios para los mismos, la falta de centros educativos tanto de educación básicas como especializadas (vocacionales) e incentivos al personal docente, entre otros.

De acuerdo a las estimaciones de la TMI realizada en este estudio, podemos identificar dentro del área geográfica del país, a la zona rural como área "crítica", donde la población menor de 5 años de edad puede considerarse como población de alto riesgo. En tal sentido se hace necesario la creación urgente de planes y programas de desarrollo integrado y sostenido, que permita desarrollar dicha zona. Identificando los sectores de mayor incidencia en la mortalidad infantil.

Por lo que sugerimos la creación en orden de prioridad los siguiente proyectos:

proyecto de construcción de centros educativos básicos y técnicos.

Construcción de centro de salud con equipos y capital humano idóneo.

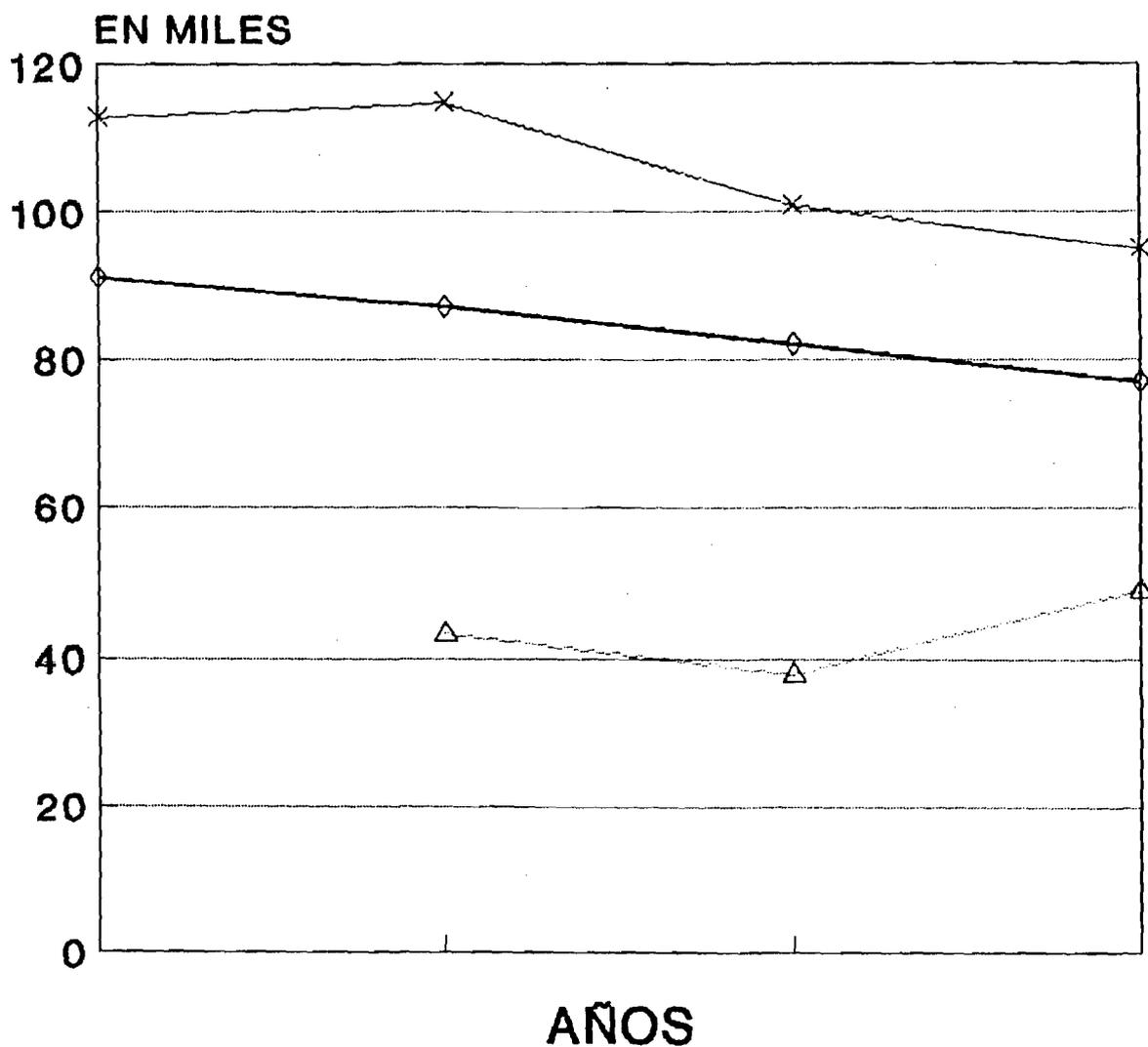
Creación de políticas de incentivo al sector agrícola y agro-industrial.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- PROFAMILIA. Encuesta Demográfica y de Salud DHS-86 Y 91, República Dominicana.
- 2._ CANAPOFA. Encuesta Nacional de Fecundidad ENF-75, República Dominicana.
- 3._ NACIONES UNIDAS. Child Mortality, 1960.
- 4._ REPUBLICA DOMINICANA. Censo de Población y Vivienda 1981.
- 5._ ONE/CELADE. Proyecciones Nacionales 1950-2025, República Dominicana.
- 6._ DOMINGO PRIMANTE/CELADE. Apuntes de Clase 1990.
- 7._ ZULMA C. CAMISA/CELADE. Introducción al estudio de la Fecundidad 1992.
- 8._ DGEC/CELADE. La Mortalidad Infantil en Honduras 1985.
- 9._ CELADE. Nuevo Procedimiento para Recolectar Información sobre la Mortalidad en la Niñez, Abril 1985.
- 10._ CELADE. Año XVI. Notas de Población N°46 y N°47, Abril/Agosto de 1988.
- 11._ HUGO BEHM/F. DE MOYA. La mortalidad en los primeros años de vida, 1970-1971.
- 12._ HUGO BEHM. Factores Sociales de riesgo de muerte en la infancia, 1990.

A N E X O

GRAFICO N°3
REP. DOM., TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION MET.IND.



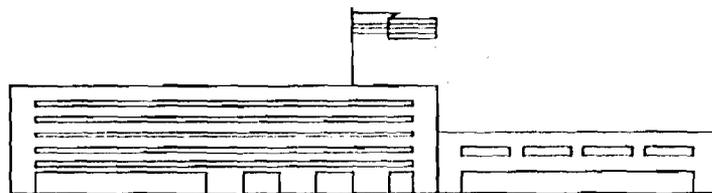
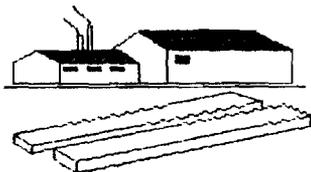
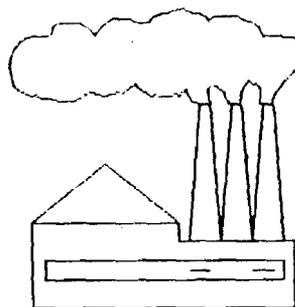
—x— SIN INSTRUCCION —◇— PRIMARIA
—△— 7 AÑOS Y MAS

(metodo de BRASS)

REPUBLICA DOMINICANA

DESARROLLO EN TODOS LOS SECTORES

REDUCCION MORTALIDAD INFANTIL



INTEGRANTES:

RAMONA MARTINEZ DURAN

JUAN CONFESOR LUGO

CENTRO LATINOAMERICAN DE DEMOGRAFIA

DICIEMBRE 1992