

Evolución de la mortalidad y la esperanza de vida

El desarrollo pleno de las capacidades para el trabajo, la educación y la cultura sólo es posible cuando existen condiciones de salud adecuadas. Uno de los logros sociales más sobresalientes de México durante el siglo xx fue el notable descenso de la mortalidad, indicativo de una sustantiva mejora en las condiciones generales de vida de la población. El paulatino abatimiento de las enfermedades infecciosas y parasitarias y la mayor concentración de las defunciones en los padecimientos crónicos y degenerativos —estrechamente vinculados al alargamiento de la sobrevivencia de la población— han ido ubicando al país en una etapa cada vez más avanzada de la transición epidemiológica. Como consecuencia de este profundo proceso de cambio, México no sólo cuenta en la actualidad con una población mucho más numerosa, sino que sus habitantes viven un mayor número de años.

En las tres primeras décadas del siglo pasado, el nivel de la mortalidad era alto al compararlo con otros países, sobre todo los más desarrollados. Se estima que la esperanza de vida era de 36.2 años (35.5 para los hombres y 37.0 para las mujeres) en 1930. En esa época, la población del país todavía pagaba un pesado tributo a las enfermedades de carácter infeccioso: de las diez principales padecimientos responsables de la mortalidad, ocho eran de ese tipo. En contraste, la vida media de los mexicanos asciende en la actualidad a cerca de 75 años (73.4 años la masculina y 77.9 años la femenina), es decir, más del doble que hace 70 años (gráfica 1) y cada vez más cerca de las naciones con mayores índices de sobrevivencia, al tiempo que en la actualidad sólo una de las diez principales causas de muerte en México es de tipo infeccioso (neumonía e influenza). El descenso de la mortalidad general ha sido de tal magnitud que la reducción global del riesgo de fallecer, acumulada de 1930 a 2001, ha sido de 83.7 por ciento en los hombres y de 86.5 por ciento en las mujeres.

El descenso de la mortalidad no se ha dado con la misma intensidad según el sexo, la edad y la época. En la gráfica 2 se advierte que con el paso de los años, el incremento de la esperanza de vida se origina cada vez más en el descenso de la mortalidad de adultos y adultos mayores y menos en la infantil y preescolar (0 a 4 años). Un patrón similar se observa entre las entidades federativas (gráfica 3), donde además se aprecia que

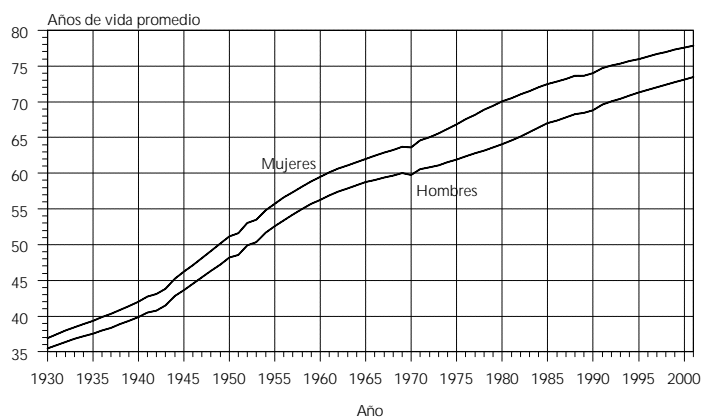
La vida media de los mexicanos está cada vez más próxima de la alcanzada por los países desarrollados

En las últimas siete décadas, la esperanza de vida de la población mexicana se incrementó casi 40 años

Buena parte del alargamiento de la sobrevivencia se origina en el descenso de la mortalidad en los primeros años de vida

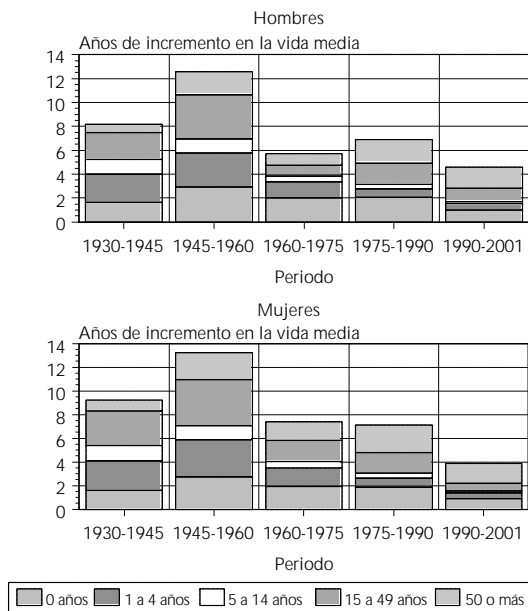
los mayores incrementos en la esperanza de vida, de 1979 a 1999, han tenido lugar en los estados de menor desarrollo relativo, un hecho indicativo de la convergencia de los niveles del fenómeno. En efecto, los distanciamientos en cuanto a la vida media de la población entre las entidades federativas se redujeron, en promedio, casi 40 por ciento, es decir, que por cada año de esperanza de vida que mediaba entre dos entidades en 1979, solo las separaban 0.6 años en 1999.¹

Gráfica 1.
Esperanza de vida al nacimiento por sexo, 1930-2001



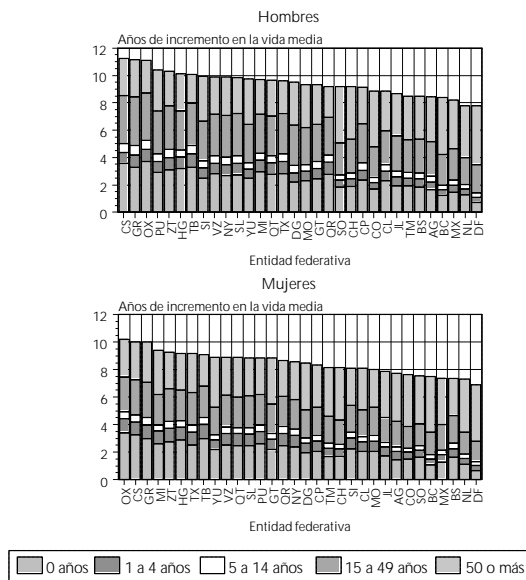
Fuente: estimaciones del CONAPO.

Gráfica 2.
Incremento en la esperanza de vida
por grupos de edad, según sexo y periodo, 1930-2001



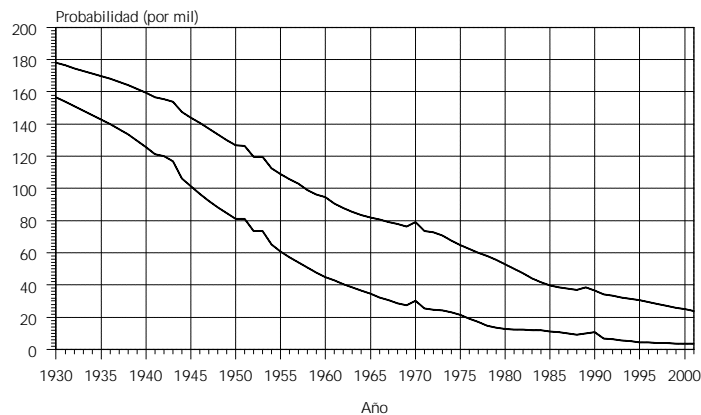
Fuente: estimaciones del CONAPO.

Gráfica 3.
**Incremento en la esperanza de vida
por entidad federativa según grupos de edad
y sexo, 1979-1999**



Fuente: estimaciones del CONAPO.

Gráfica 4.
**Tasa de mortalidad infantil y probabilidad
de fallecer entre 1 y 4 años, 1930-2000**



Fuente: estimaciones del CONAPO.

¹ Si se calcula la regresión lineal simple entre las esperanzas de vida al nacimiento en 1979 (variable independiente) y 1999 (variable dependiente), la inclinación de 0.59 para hombres y de 0.57 para mujeres indica que un año de diferencia en 1979 equivale a 0.59 y 0.57 años, respectivamente, en 1999. Los coeficientes de determinación (R^2) para las regresiones son de 0.973 y 0.969, respectivamente.

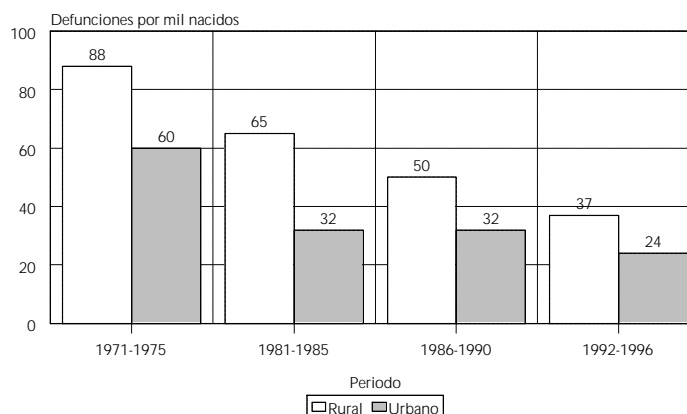
*Persisten marcadas
desigualdades
regionales y
socioeconómicas
en la mortalidad infantil*

El descenso de la mortalidad infantil ha ocurrido en forma muy acelerada, en comparación con la experiencia histórica de los países desarrollados. En 1930, 178 de cada mil recién nacidos fallecía antes de su primer aniversario; en 2001, esta proporción fue de sólo 24 por mil (gráfica 4). El nivel actual de la mortalidad infantil significa que, de cada cien defunciones infantiles, que tendrían lugar de prevalecer la mortalidad de 1930, se evitan 87. En la mortalidad preescolar (1 a 4 años) el cambio ha sido similar: por cada mil niños que alcanzaron un año de vida en 1930, 157 no lograba arribar a su quinto aniversario; en contraste, sólo ocurren 3.4 defunciones por cada mil en 2001. Esta reducción equivale a haber evitado durante al año actual alrededor de 98 por ciento de los decesos que habrían ocurrido de haberse mantenido el nivel observado en 1930.

Si bien los logros en esta materia han sido notables, aún prevalecen marcados contrastes entre los distintos grupos sociales y en el ámbito territorial. La pobreza y la emergencia de diversas vulnerabilidades sociales está acompañada de barreras de diversa índole que obstaculizan el uso regular de los servicios de salud públicos y conlleva mayores niveles de mortalidad y morbilidad.

Las diferencias en la mortalidad infantil por lugar de residencia se han venido acortando paulatinamente con el paso del tiempo (véase gráfica 5). La probabilidad de fallecer en el primer año de vida en el ámbito rural, a mediados de la década pasada, era aún superior al observado en la primera mitad de los años ochenta en el conjunto de las áreas urbanas.

Gráfica 5.
Tasa de mortalidad infantil según lugar de residencia, 1971-1996



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en encuestas demográficas por muestreo.

También se advierten sendas convergencias entre la intensidad del riesgo de morir en cuanto al nivel educativo de la madre (gráfica 6) y las condiciones sanitarias de la vivienda (gráfica 7).² En el primer caso, cabe destacar que la tasa de mortalidad infantil en hijos de mujeres con primaria incompleta se ha alejado progresivamente del nivel de las mujeres sin instrucción, aproximándose cada vez más al de las mujeres con primaria completa o más. En el segundo caso, sobresale el notable cierre de la brecha que separa a las situaciones extremas en el quinquenio 1992-1996, destacando además que la tasa de mortalidad infantil de quienes residen en viviendas con condiciones regulares en ese periodo era la misma que para los espacios habitacionales mejor equipados en la segunda mitad del decenio de los ochenta.

La edad de la madre al nacimiento del hijo y el intervalo intergestacional son dos factores determinantes del riesgo de fallecer en el primer año de vida. Empíricamente se ha observado que ese riesgo aumenta cuando los hijos provienen de fecundidades tempranas o tardías y de periodos de gestación cortos o prolongados. Este patrón se reproduce claramente en los dos quinquenios de la gráfica 8, donde se recoge la evidencia para los nacidos en el país de 1987 a 1996.

Al comparar ambos lustros se observa un importante descenso en el riesgo de fallecer en el primer año de vida, salvo el caso de fecundidad juvenil (menos de 19 años) con bajo periodo intergenésico (18 meses). Asimismo, llama la atención la importante disminución de la tasa de mortalidad infantil en mujeres de fecundidad tardía (33 años o más de edad), lo cual pone de manifiesto el avance en la cobertura de embarazos de alto riesgo.

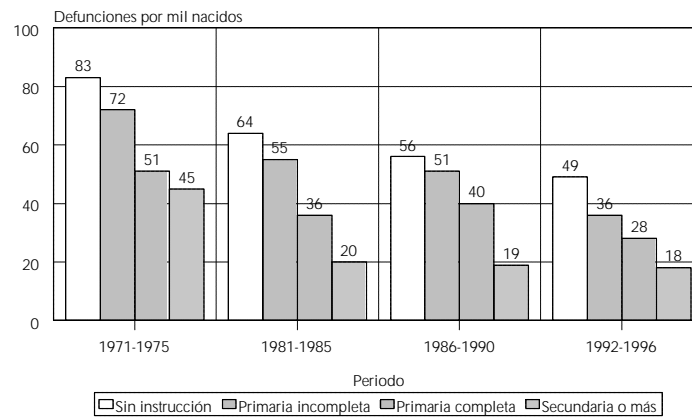
La reducción de los niveles de la mortalidad ha estado acompañada de una modificación de la estructura de causas de muerte. La mayor cobertura geográfica de los servicios de salud y su mayor penetración en los distintos grupos sociales, así como la mayor aceptación y práctica de la medicina preventiva, se refleja en una importante reducción en el riesgo de morir y ganancias en la esperanza de vida por causas *evitables* a bajo costo (infecciosas, parasitarias, del periodo perinatal y maternas), crónico-degenerativas y lesiones y accidentes. No obstante estos logros, persisten grandes rezagos y desigualdades por regiones, grupos sociales o étnicos, lo que subraya la necesidad de continuar intensificando los esfuerzos en la materia.

Existe una estrecha asociación entre, por un lado, la escolaridad de la madre y las condiciones de la vivienda, y por el otro, la sobrevivencia infantil

Las mayores ganancias en la esperanza de vida provienen del abatimiento de causas evitables

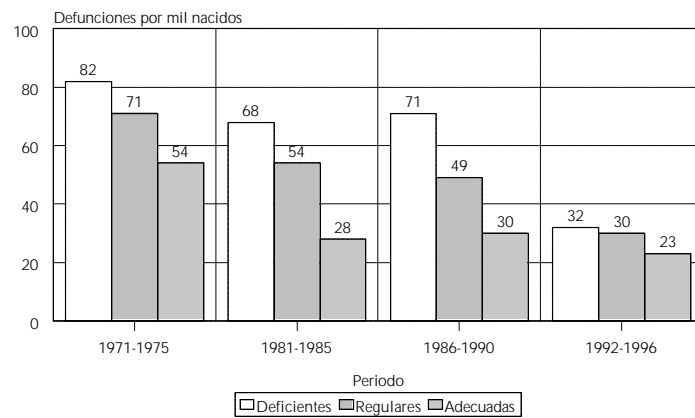
² *Deficientes* se refiere a las viviendas con piso de tierra y sin disponibilidad de agua ni drenaje; *adecuadas* son las condiciones en viviendas con piso diferente de tierra y que disponen de agua y drenaje; *regulares* lo constituye el resto de las viviendas.

Gráfica 6.
Tasa de mortalidad infantil
según nivel educativo de la madre, 1971-1996



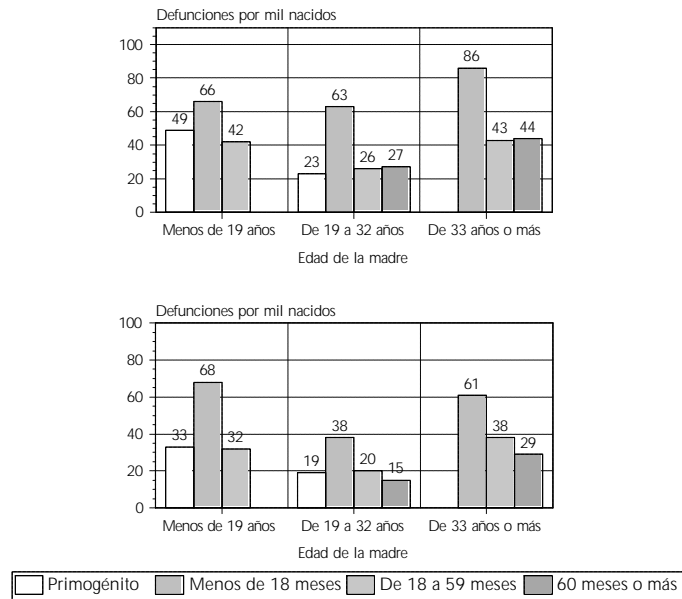
Fuente: estimaciones del CONAPO con base en encuestas demográficas por muestreo.

Gráfica 7.
Tasa de mortalidad infantil
según condiciones sanitarias de la vivienda, 1971-1996



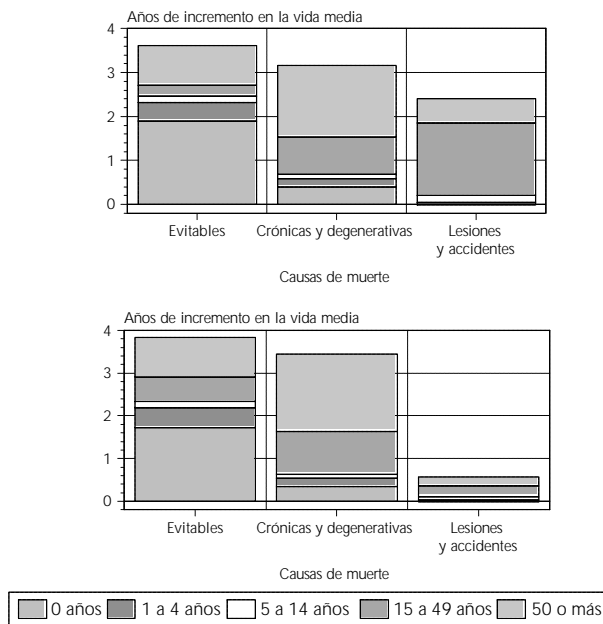
Fuente: estimaciones del CONAPO con base en encuestas demográficas por muestreo.

Gráfica 8.
Tasa de mortalidad infantil según edad de la madre
al nacimiento del hijo e intervalo intergenésico, 1987-1996



Fuente: estimaciones del CONAPO con base en la ENADID de 1992 y de 1997.

Gráfica 9.
Incremento medio anual en la esperanza de vida
por grupos de edad, según sexo y grupos de cuasas, 1979-1999



Fuente: estimaciones del CONAPO.

Entre 1979 y 1999, el aporte a la ganancia en la vida media, de la disminución del riesgo de fallecer por enfermedades evitables, fue de 3.6 años para los hombres y 3.8 para las mujeres, es decir, 39 por ciento y 49% del aumento global de 9.2 y 7.8 años, respectivamente. Resalta la contribución de 1.9 años en hombres y 1.7 años en mujeres en los menores de un año (gráfica 9), ya que representa casi la quinta parte de incremento total.

Las enfermedades crónicas y degenerativas y las lesiones y accidentes representan una proporción creciente de la mortalidad; no obstante, también se ha avanzado en su control, lo que se traduce en importantes ganancias en la esperanza de vida. El descenso de la mortalidad por padecimientos crónicos y degenerativos da cuenta de un incremento en la vida media de magnitud similar a la correspondiente a las causas evitables, principalmente por la reducción originada entre los mayores de 50 años de edad (1.6 años para hombres y 1.8 para mujeres).

La prevención de accidentes también ha surtido efecto, aunque de manera diferenciada por sexo. El mayor incremento en la esperanza de vida global en los hombres que en las mujeres, de 1979 a 1999, se debe al marcado descenso de la mortalidad accidental en los primeros, sobre todo entre 15 y 49 años, cuya contribución a la vida media sólo es inferior debida a la baja de la mortalidad infantil evitable.

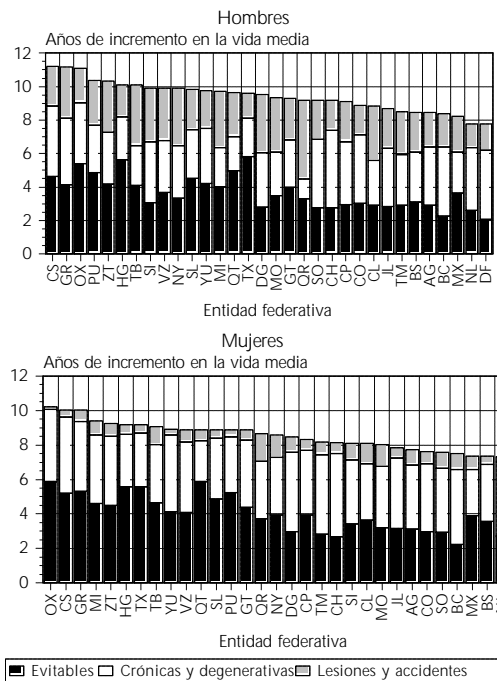
Un patrón similar se advierte en las entidades federativas, como se puede ver en la gráfica 10. La mayor contribución a la ganancia en la vida media se origina en la mortalidad evitable en ambos sexos en Hidalgo (55.8% en hombres y 60.8% en mujeres), Querétaro (51.8 y 65.9%, respectivamente) y Tlaxcala (10.8 y 60.6%), y sólo en las mujeres en Puebla (59.1%), Oaxaca (57.6%), San Luis Potosí (54.8%), México (53.1%), Guerrero (52.9%), Chiapas (51.7%) y Tabasco (51.2%). La contribución de la eliminación de este tipo de padecimientos entre las mujeres de 15 a 49 años fluctúa entre 4.2 y 11.9 por ciento, siendo más cuantiosa en Chiapas (11.9%), San Luis Potosí (11.2%), Oaxaca (10.3%), Puebla (10.1%), Querétaro (9.8%), Hidalgo (9.7%) y Guerrero (9.7%), lo cual es indicativo de los importantes logros que se han ido alcanzando en el abatimiento de la mortalidad materna en el pasado reciente, principalmente en esos siete estados.

La prevención de accidentes es lo que propicia que las ganancias en la esperanza de vida masculina hayan sido mayores que las femeninas en los veinte años considerados. En efecto, si se retira la contribución de la mortalidad por lesiones y accidentes, sólo en Coahuila y Sonora prevalece la mayor ganancia masculina. La prevención de lesiones y accidentes en hombres ha sido de tal magnitud en Quintana Roo, que da cuenta de más de la mitad de los 9.2 años de aumento en la esperanza de vida masculina.

Como se puede advertir, el alargamiento de la sobrevivencia ha implicado profundas transformaciones en la vida de los mexicanos en distintos órdenes, tanto en la familia, la comunidad y la sociedad en su

conjunto, como en las instituciones en torno a las que organizan su vida social. Esta es una transición que debe seguirse muy de cerca en los próximos años, puesto que por su profundidad y alcance será necesario adaptar el sistema de salud a las nuevas demandas de la población mexicana.

Gráfica 10.
Incremento en la esperanza de vida por entidad federativa según grupos de causas y sexo, 1979-1999



Fuente: estimaciones del CONAPO.

