

LA ESPERANZA DE VIDA EN MEXICO

DR. ANGEL BRAVO BECHERELLE

DESDE HACE muchos años los médicos higienistas se han preocupado por obtener un índice que pueda medir adecuadamente los niveles de salud de las poblaciones. La solución del problema es difícil ya que la salud es algo positivo (presencia de bienestar) y no solamente algo negativo (ausencia de enfermedad).

Los índices que se han venido utilizando son los siguientes:

- a) La mortalidad general (defunciones que ocurren en un año por cada mil habitantes);
- b) La mortalidad específica según edad, v. gr., la infantil (defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos) o la preescolar (defunciones de 1 a 4 años por cada mil habitantes de esa misma edad);
- c) La mortalidad por grupos de causas, como la debida a padecimientos infecciosos o la originada por enfermedades del corazón;
- d) La mortalidad proporcional, por ejemplo, el porcentaje que las defunciones de menores de 50 años representan respecto al total de defunciones; y
- e) La esperanza de vida.

Todos estos índices son útiles pues están correlacionados con los niveles de salud de las poblaciones. Así, se ha visto que en los lugares donde las familias disfrutan de mayor bienestar por sufrir menos enfermedades y poseer prosperidad, se encuentra que la mortalidad general, la infantil, la preescolar y la debida a padecimientos infecciosos, son reducidas, que la mayoría de las defunciones ocurre después de los 50 años, que la esperanza de vida es mayor y que, como consecuencia, hay más gente en edad avanzada y es alta la mortalidad global por enfermedades del corazón.

Por el contrario, en los sitios donde las familias tienen menor bienestar por sufrir más enfermedades y estar en la pobreza, son altas la mortalidad general,

la infantil, la preescolar y la debida a gastroenteritis, la mayoría de las defunciones ocurre antes de los 50 años, la esperanza de vida es menor y, como resultado, existe menos gente de edad avanzada y es reducida la mortalidad global por enfermedades del corazón.

De todos los índices precitados, el único que cuantifica un aspecto positivo es la esperanza de vida. En efecto, esta medida, al suponer que se toman 100 000 nacidos vivos y se estima qué pasaría con ellos si estuvieren sometidos a los mismos riesgos de morir que existen en una región para una época dada, establece la probabilidad de supervivencia en una colectividad humana y permite aceptar que sus habitantes vivirán tanto más cuanto más salud posean.

Por ejemplo, en México la esperanza de vida al nacer fue de 49 años en 1950. Esto quiere decir que, de acuerdo con la mortalidad específica registrada en ese año, de los supuestos 100 000 nacidos vivos, unos morirían en la niñez, otros fallecerían en la etapa productiva y el resto sucumbiría en la vejez. Al sumar las edades de las defunciones y dividir las entre 100 000, el promedio fue de 49 años.

Esta cifra, ¿indica un nivel de salud bueno o malo?

Una comparación inicial desalentadora resulta de la circunstancia de que 49 años de esperanza de vida al nacer fue lo que tuvieron Suecia y Noruega en 1895, Dinamarca y Holanda en 1900, e Inglaterra y Estados Unidos en 1905.

Otro punto de vista, también desalentador para nuestra Patria, se basa en que, de acuerdo con estudios contenidos en las referencias bibliográficas, puede inferirse que, para la época de 1950, un nivel bueno de salud correspondía a una esperanza de vida al nacer de más de 62 años, que un nivel mediano variaba de 52 a 62 años y que un nivel malo estaba en menos de 52.

Otra comparación más se halla expuesta en el cuadro N° 1 en el que figura la esperanza de vida al nacer registrada en 1950 en los países con datos publicados internacionalmente. Se observa que tenían un buen nivel de salud (más de 62 años) los países nórdicos y otros de Europa Occidental; Canadá y Estados Unidos en América; Nueva Zelanda y Australia en Oceanía, e Israel en Asia. Estas naciones son precisamente las suficientemente desarrolladas desde el punto de vista económico-social, con ingreso per cápita anual superior a 400 dólares.

Se ven países dentro de los límites de un nivel mediano de salud (52 a 62 años de esperanza de vida al nacer): España, Hungría, Polonia y Portugal en Europa; Argentina, Panamá, Jamaica, Trinidad, Martinica y Costa Rica en América; Japón, Ceylán y Filipinas en Asia. Estas naciones tienen economía medianamente desarrollada, con ingreso per capita anual de 200 a 400 dólares.

Finalmente, se aprecian países con nivel precario de salud (menos de 52 años de esperanza de vida al nacer). Son naciones latinoamericanas como El Salvador, Chile, Bolivia, México, Guatemala y Haití, más el Congo Belga y la

CUADRO N° 1

ESPERANZA DE VIDA AL NACER
PAISES CON DATOS PUBLICADOS INTERNACIONALMENTE
1 9 5 0

<i>País</i>	<i>Años</i>
Suecia	71
Holanda	71
Noruega	71
Nueva Zelanda	70
Dinamarca	69
Suiza	69
Inglaterra y Gales	69
Canadá	69
Australia	69
Estados Unidos	68
Israel	68
Alemania occidental	67
Chipre	67
Francia	66
Escocia	66
Irlanda	66
Finlandia	65
Bélgica	65
Austria	65
Islandia	64
España	61
Hungría	61
Polonia	60
Argentina	60
Panamá	59
Portugal	58
Jamaica	58
Japón	58
Trinidad y Tobago	57
Martinica y Guadalupe	57
Costa Rica	56
Ceylán	56
Ecuador	52
Filipinas	52
El Salvador	51
Chile	50
Bolivia	50
México	49
Guatemala	44
Congo Belga	39
Groenlandia	34
Haití	33
India	32

CUADRO N° 2

ESPERANZA DE VIDA AL NACER CORRELACIONADA CON INGRESOS
MUNICIPALES Y ESTATALES POR AÑO-HABITANTE

ENTIDADES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

1 9 5 0

<i>Orden</i>	<i>Entidad</i>	<i>Años de esperanza</i>	<i>Pesos por Año-habitante</i>
1	Quintana Roo	60	101
2	Baja California S. (T)	59	376
3	Tabasco	58	37
4	Baja California N. (E)	58	128
5	Tamaulipas	57	48
6	Campeche	55	48
7	Nuevo León	55	48
8	Sinaloa	55	39
9	Nayarit	53	37
10	Veracruz	53	29
11	Durango	53	30
12	Coahuila	51	58
13	Distrito Federal	51	100
14	Yucatán	51	45
15	Sonora	51	85
16	Chihuahua	51	72
17	Michoacán	50	13
18	Guerrero	50	20
19	Colima	50	50
20	Morelos	50	29
21	Chiapas	49	27
22	Jalisco	49	33
23	San Luis Potosí	48	20
24	Aguascalientes	47	35
25	Zacatecas	46	19
26	Hidalgo	45	19
27	Guanajuato	44	20
28	México	44	23
29	Querétaro	44	12
30	Puebla	43	17
31	Tlaxcala	42	18
32	Oaxaca	41	9

Coeficiente de correlación (X con Log. Y) = 0.65

CUADRO N° 3

ESPERANZA DE VIDA AL NACER E INGRESO ANUAL PER CAPITA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1930 - 1953

<i>Año Calendario</i>	<i>Años de Esperanza de vida al nacer</i>	<i>Ingreso per capita en dólares americanos</i>
1930	37	77
1931	38	62
1932	39	42
1933	39	44
1934	39	51
1935	41	57
1936	39	64
1937	39	73
1938	40	62
1939	40	59
1940	40	60
1941	40	78
1942	40	94
1943	43	118
1944	43	151
1945	44	170
1946	45	210
1947	48	227
1948	48	206
1949	48	157
1950	49	168
1951	49	204
1952	52	221
1953	50	208

India. Su ingreso *per capita* anual no llega a 200 dólares mensuales y se consideran subdesarrolladas económicamente.

De todo lo anterior, puede afirmarse que en 1950 México no tenía un nivel satisfactorio de salud. Pero, al llegar a esta conclusión, inmediatamente se plantean tres preguntas: ¿Es homogénea o heterogénea la situación dentro del país? ¿Cómo ha evolucionado la situación? ¿En qué magnitud han mejorado los diferentes grupos de edad? Enseguida se da respuesta a tales interrogaciones, aunque sin comparar más internacionalmente en vista de que ello haría rebasar los límites de este trabajo.

Primera cuestión: *¿Es homogénea o heterogénea la situación dentro del país?*

México ha sido mencionado siempre como caso típico de heterogeneidad en todos sentidos y obviamente la salud de sus habitantes, fruto de su situación económico-social, varía mucho de una entidad a otra.

En el cuadro N° 2 se observa que 11 entidades de las Costas y del Norte lograron un nivel mediano de salud (53 a 60 años de esperanza de vida al nacer). El resto cae en nivel malo dentro del cual puede efectuarse una subdivisión: aquéllas que fluctuaron entre 49 y 51 años y las que no llegaron a los 49 años que es el promedio de la República. En esta última categoría quedan 10 entidades que se agrupan hacia el centro del país.

En síntesis, existe más salud en las Costas y en el Norte, y menos en el Centro. Esto parece paradójico ya que las Costas siempre han sido consideradas como malsanas; pero se explica porque el problema sigue siendo fundamentalmente económico (posibilidad de adquirir alimentos, aprovisionamiento de agua, etcétera).

En el propio cuadro N° 2 se han anotado, para cada entidad, los impuestos municipales y estatales pagados en 1950 por habitante al año, que constituyen el mejor dato para estimar la situación económica. Se aprecia que hay correlación directa, es decir, que a mejor situación corresponde mayor esperanza de vida al nacer y que con peor situación económica existe menor esperanza de vida.

Por lo tanto, las entidades marcadas en negro en la gráfica A, muestran la zona de pobreza intensa, que es el centro de la República, en donde una población con cierta densidad vive en suelo accidentado y con clima semidesértico. Escapan en esta zona central, el Distrito Federal por la concentración de recursos en la capital, y el Edo. de Morelos tal vez por los ingresos que le proporciona el turismo. Como complemento trágico aparece Oaxaca donde, aunque es Estado con costa al Pacífico, su población, en parte indígena, no interculturada, habita predominantemente en abruptas sierras. En Oaxaca se pagaron en 1950 sólo 9 pesos de impuestos por habitante al año y su esperanza de vida al nacer fue de apenas 41 años.

Segunda cuestión: *¿Cómo ha evolucionado la situación?*

En el cuadro N° 3 se aprecia que, durante los últimos 5 lustros, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en México en tres fases relacionadas con la situa-

CUADRO N° 4
AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA SEGUN EDAD
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 1930 COMPARADO CON 1950

<i>Aniversario</i>	<i>1950</i>	<i>1930</i>	<i>Años de aumento</i>	<i>Porcentaje de aumento</i>
0 (al nacer)	36.6	48.7	12.1	33.1%
1	42.2	54.2	12.0	28.4%
2	44.7	56.3	11.6	26.0%
5	47.3	57.0	9.7	20.5%
10	44.9	53.4	8.5	18.9%
15	41.1	48.4	7.3	17.8%
20	37.6	44.3	6.7	17.8%
25	34.4	40.0	6.0	17.4%
30	31.2	36.6	5.4	17.3%
35	28.2	32.9	4.7	16.7%
40	25.2	29.3	4.1	16.3%
45	22.2	25.7	3.5	15.8%
50	19.3	22.3	3.0	15.5%
55	16.4	18.8	2.4	14.6%
60	13.6	15.6	2.0	14.7%
65	11.2	12.7	1.5	13.4%
70	9.0	10.1	1.1	12.2%
75	7.3	8.0	0.7	9.6%
80	5.7	6.2	0.5	8.8%
85	4.2	4.4	0.2	4.8%
90	3.8	3.6	—	—

ción económica. De 1930 a 1942 hubo un ingreso *per capita* fluctuante con tendencia estacionaria y la esperanza de vida al nacer subió lentamente de 37 a 40 años. De 1943 a 1947, con el incremento extraordinario del ingreso debido a la prosperidad producida por la Segunda Guerra Mundial y por la Post-guerra inmediata, coincidió un aumento rápido de la esperanza de 40 a 48. De 1948 a 1953 el ingreso se hizo otra vez fluctuante con tendencia estacionaria y la esperanza aumentó lentamente de 48 a 50. Se observa, pues, que la esperanza de vida al nacer tendió a aumentar y que este incremento se volvió rápido cuando el ingreso *per capita* subió velozmente.

Tercera cuestión: *¿En qué magnitud han mejorado los diferentes grupos de edad?*

En la gráfica C y en el cuadro N° 4 se ve la esperanza de vida, a diferentes edades, de 1950 comparada con 1930. La máxima esperanza no está al nacer, sino al cumplir el 5° aniversario ya que en este momento el niño es un sobreviviente de los grandes riesgos de los períodos infantil y preescolar y por delante ya no afronta riesgos intensos inmediatos.

Desde el nacimiento hasta los 10 años la ganancia ha sido de más de 9 años en cifras absolutas (más de 20% en números relativos). A continuación las ventajas se van reduciendo progresivamente, hasta que en las edades avanzadas las diferencias son mínimas o nulas.

La razón de esta desigual mejoría radica en el hecho de que los que se han reducido fundamentalmente son los riesgos de los padecimientos infecciosos (que matan predominantemente a niños), en tanto que han variado poco los referentes a enfermedades degenerativas (que atacan a adultos y a ancianos).

En síntesis, puede decirse que los niños han ganado considerable esperanza de vida, los adultos menos y los ancianos prácticamente nada.

REFERENCIAS

- Almaraz Ugalde, A. y Bravo Becherelle, M. A. "Tablas de Vida para la República Mexicana en 1950". Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Vol. XV, Núm. 1 (1955).
- Bravo Becherelle, M. A., Pérez Navarrete, J. L. y Neri Calvo R. "Epidemiología de la Salud. Justipreciación de la Enfermedad en México". Higiene, Vol. X, Núm. 3 (1987).
- Dirección General de Estadística de la S. E. "Anuario de los Estados Unidos Mexicanos". México, D. F. (1946-50).
- Dirección General de Estadística de la S. E. "Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos" (1951-52).
- Dublin, L. I., Lotka, A. J. y Spiegelman, M. "Length of Life". The Ronald Press Company, New York (1949).
- Langer, A. y Henshaw Paul, S. "The Interacting Effects of Public Health, Fertility Behavior and General Economy on Standards of Living". The American Journal of the Medical Science. Vol. 230, Núm. 2 (1955).
- Nations Unies. "Anuaire Demographique". Bureau de Statistique de l'Organisation des Nations Unies, New York (1957).
- Organisation Mondiale de la Santé. "Rapport du Groupe d'Etudes sur la Mesure des Niveaux de Santé". (Documento WHO/PHA/25) (1953).
- Swarop, S. y Uemura, K. "Proportional Mortality of 50 Years and Above. Bulletin of World Health Org., Vol. 17, Núm. 3 (1953).
- United Nations. "Preliminary Report on the World Social Situation". (Documento E/CN.5/267 Rev. 1) (1952).
- United Nations. "Report on International Definition and Measurement of Standards and Levels of Living". (Documento E/CN.5/299) (1954).