

MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN INDÍGENA

Persistencia de la baja sobrevivencia

Héctor Hiram Hernández Bringas*

G. Agustín Ruiz Hernández*

Este trabajo se propone analizar algunas transformaciones en el nivel y el patrón de la mortalidad en zonas indígenas durante los últimos lustros, a través de comparar la información sobre defunciones en dos momentos en el tiempo: 1985 y 1998, teniendo como grupos de contraste, tanto a la población total del país, como aquella que habita en las zonas con mayores niveles de bienestar en México.¹

Para los fines de este estudio, por población en zonas indígenas se define aquella que habitaba en municipios con una proporción de hablantes de lenguas indígenas superior al 40%. Con este criterio, en la categoría indígena se ubican 545 municipios del país (el 87% de los municipios indígenas se clasifican como de atención inmediata para la acción pública y social, o “niveles 1 y 2 de bienestar” según INEGI). En lo sucesivo se denominan “zonas indígenas”.

A efectos de comparación, se realiza también el análisis correspondiente a la población que habita en municipios con mayor nivel de bienestar (“nivel 7” según INEGI, que comprende 101 municipios en todo el país). En lo sucesivo se les denominará “zonas desarrolladas”.

Por otra parte, la mortalidad ciertamente continúa su descenso, pero en un proceso que se ha tornado extremada-

mente lento² y, como veremos, también desigual.

En 1985 las zonas indígenas presentaban un nivel de concentración relativa (medida como la razón entre las respectivas tasas) similar a la del país: es decir, sus defunciones se correspondían con su nivel poblacional; sin embargo, en 1998 presentan una sobreconcentración de la mortalidad superior al 12%. En otros términos, las zonas indígenas participan cada vez más en el monto de defunciones del país.

ANÁLISIS POR GRUPOS DE CAUSAS³

Por lo que se refiere a las “causas transmisibles”, es en estas zonas donde se registran las mayores reducciones en los niveles de la tasa de mortalidad, pasando de 3.01 por mil a 1.2 (reducción del 60%); cambio sin duda de gran envergadura, aunque toda-



vía ubica a las zonas indígenas como las de mayor nivel de mortalidad por estas causas, comparándolas con el del país en su conjunto y con las zonas desarrolladas.

La reducción de las muertes por causas transmisibles en zonas indígenas se dio en todos los grupos de edad, mas este descenso fue particularmente importante entre los menores de cuatro años y entre los mayores de 65. El nivel de concentración relativa de estas defunciones para las zonas indígenas se redujo considerablemente, si bien sigue siendo muy alto (pasó del 56 al 36%).

La tasa de mortalidad por “enfermedades no transmisibles” en zonas indígenas, casi se duplicó en el periodo analizado, al pasar de 2.0 a 3.5 por mil. Este fue un incremento considerablemente superior al registrado en zonas desarrolladas y en el conjunto del país. De hecho, el nivel alcanzado por las zonas indígenas, casi llega a equipararse con el de zonas desarrolladas, y supera a la tasa nacional, contrariamente a lo que ocurría en 1985.

El incremento de las tasas de mortalidad por estas causas en zonas indígenas,

* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM.

¹ Para la elaboración de los indicadores principales utilizados en el presente estudio, se recurrió a la información de los censos de 1980, 1990, el conteo de población de 1995 y el censo del 2000 para el cálculo de los denominadores de las tasas de mortalidad. Asimismo, se utilizaron las estadísticas sobre defunciones que publica el INEGI para los años 1984, 1985, 1986 y 1997, 1998 y 1999. Los promedios de ambas series trianuales se asumen como las muertes ocurridas en 1985 y 1998.

² Echarri, Carlos (1998), “Mortalidad y crisis en México”. Ponencia presentada en el seminario: Población, Crisis y perspectivas demográficas en México. CRIM-UNAM/SOMEDE.

³ Se distinguen tres grupos de causas de muerte: transmisibles, no transmisibles, y lesiones y accidentes. Esta agrupación de las causas de muerte, ha tenido amplia difusión en la literatura, y la categorización está determinada por la etiología común, y/o por el tipo de acciones necesarias para combatir la incidencia de cada una. El primer grupo abarca, además de las enfermedades infecciosas y parasitarias, las muertes debidas a complicaciones en el embarazo: estas causas tienen en común que su prevalencia está ligada a la carencia de servicios básicos de salud. El grupo de enfermedades no transmisibles comprende las causas crónicas degenerativas, además de las codificadas como “signos, síntomas y estados morbosos mal definidos”, ya que tiende a haber una transferencia entre las causas clasificadas en este rubro y las cardiovasculares. En el caso de las lesiones y accidentes, comprende homicidios, suicidios y accidentes.

se da en todos los grupos de edad aquí considerados, aunque es mayor en el grupo de 65 y más años. En contraste con 1985, año en el que estas muertes presentaban una fuerte subconcentración en zonas indígenas, en 1998 se da una sobreconcentración de defunciones (pasa de -32% a 4%).

“Los accidentes y lesiones” como causantes de muerte en zonas indígenas mantuvieron su importancia en el periodo analizado. La tasa de mortalidad se mantuvo estable en un nivel de 0.5. Esta estabilidad contrasta con el hecho de que en las zonas desarrolladas y a nivel nacional, el monto de esa tasa se redujo en forma importante (pasó de 0.6 a 0.43, y de 0.67 a 0.43). Además, es de subrayar el hecho de que en 1998 la tasa de mortalidad por acci-

dentos y lesiones en zonas indígenas, supera a las de zonas desarrolladas y a la nacional, contrariamente a la situación que prevalecía en 1985.

El incremento de la mortalidad por estas causas en zonas indígenas no ocurre en todas las edades. Se da en las de 0 a 4 años y entre los mayores de 65. A diferencia de 1985, donde las muertes por accidentes y lesiones en zonas indígenas presentaban una subconcentración de -22%, para 1998 presentarían una sobreconcentración del 23%.

COMENTARIO FINAL

En las zonas indígenas se observan algunos hechos que ponen de manifiesto lo desigual

y atípico de la transición de la mortalidad en México. Estas zonas, en términos relativos son cada vez menos pobladas, pero participan cada vez más de la mortalidad nacional.

Su perfil de la mortalidad nos habla hoy de un nivel general que supera en forma importante al del resto del país, con una mortalidad por padecimientos transmisibles en descenso pero todavía la más elevada. Y una mortalidad por padecimientos no transmisibles y por accidentes y lesiones que supera a la nacional, y es equiparable a la de zonas desarrolladas.

Se trata de un proceso en el que aún no se han superado los padecimientos de la pobreza, y se adquieren los de la modernidad. El lento e insuficiente avance en el combate a los padecimientos transmisibles en zonas indígenas puede asociarse también, no obstante las crisis, al ritmo en la dotación y acceso a algunos servicios. Sin embargo, en las zonas indígenas, como en otras, los avances son aún más limitados cuando la atención a la salud se vuelve un problema más complejo, como ocurre con los padecimientos transmisibles y las lesiones. En estos casos no se puede acceder a opciones en el mercado; tampoco hay una oferta de servicios públicos ni remotamente suficientes.⁴

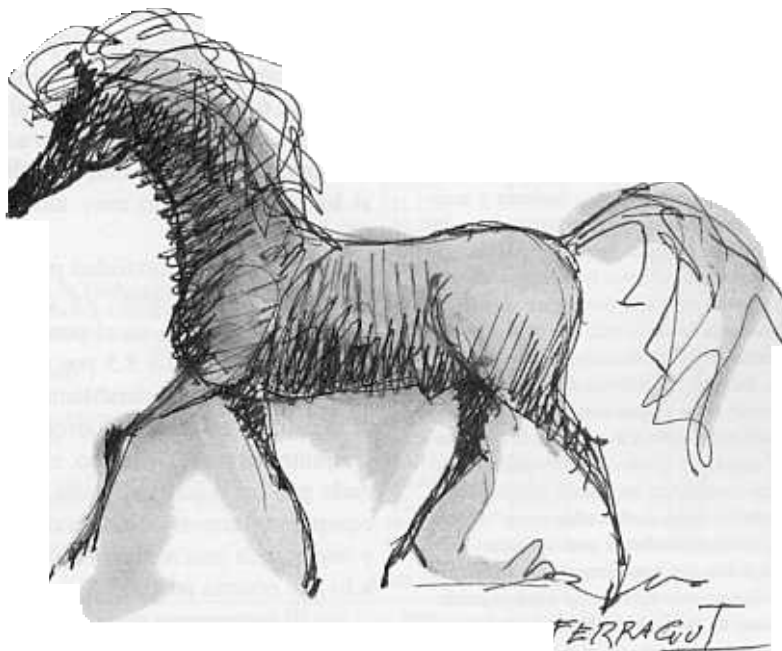
Esta es una primera aproximación al problema de la mortalidad en zonas indígenas. Consideramos que además de contribuir a la aclaración de algunos aspectos relevantes, plantea otras interrogantes, como por ejemplo: ¿cuáles son estrictamente las causas específicas (no agregadas) que tienen mayor dinamismo? Esto será importante para profundizar en la explicación de los determinantes del fenómeno, y para definir estrategias orientadas a la prevención de estas muertes. Asimismo, es necesario ponderar con mayor detenimiento, hasta que punto el criterio que clasifica como indígena a las comunidades con 40% o más de hablantes de esas lenguas, refleja los rezagos en la mortalidad de esos grupos, o bien es necesario enfocar con mayor precisión lo “realmente indígena”. Por último, análisis posteriores tendrían que ubicar más claramente la evolución de la mortalidad, en el contexto amplio de la dinámica demográfica y social de estos grupos. **Demós**

Cuadro 1. Tasas específicas por edad y causa para ambos sexos. República Mexicana, 1985

Grupos de edad	Zonas indígenas, 1985				Zonas desarrolladas, 1985				Población nacional, 1985			
	Total	Transmisibles	No Transmisibles	Accidentes	Total	Transmisibles	No Transmisibles	Accidentes	Total	Transmisibles	No Transmisibles	Accidentes
0 - 4	10.54	9.03	1.34	0.17	8.37	6.79	1.15	0.43	9.32	7.68	1.29	0.35
5 a 14	1.08	0.71	0.25	0.12	0.53	0.1	0.23	0.2	0.62	0.2	0.24	0.18
15 a 64	3.96	1.46	1.74	0.76	3.2	0.34	2.1	0.75	3.72	0.54	2.29	0.9
65 y más	42.33	20.29	20.81	1.23	50.59	9.77	39.01	1.8	52.49	13.18	37.46	1.85
Total	5.69	3.17	2.01	0.5	5.09	1.4	3.05	0.65	5.6	1.92	3.01	0.67
TBS	5.56	3.01	2.03	0.52	5.03	1.51	2.92	0.60				

Cuadro 2. Tasas específicas por edad y causa para ambos sexos. República Mexicana, 1998

Grupos de edad	Zonas indígenas, 1998				Zonas desarrolladas, 1998				Población nacional, 1998			
	Total	Transmisibles	No Transmisibles	Accidentes	Total	Transmisibles	No Transmisibles	Accidentes	Total	Transmisibles	No Transmisibles	Accidentes
0 - 4	7.02	4.23	2.46	0.33	4.67	2.90	1.48	0.29	4.68	2.91	1.49	0.28
5 a 14	0.69	0.16	0.40	0.13	0.30	0.03	0.19	0.08	0.37	0.04	0.22	0.10
15 a 64	3.38	0.51	2.22	0.64	3.24	0.36	2.36	0.52	2.88	0.31	2.06	0.51
65 y más	48.49	8.06	38.88	1.55	54.43	7.75	45.48	1.19	49.67	7.61	40.78	1.28
Total	5.27	1.20	3.53	0.53	5.09	0.92	3.75	0.43	4.67	0.88	3.36	0.43
TBS	5.24	1.20	3.5	0.53	5.06	0.91	3.73	0.43				



⁴ Según datos de INEGI (1997), el 59.9 % de la población del país no es derechohabiente de ninguna institución pública de salud.