



MORTALIDAD POR CAUSAS TRANSMISIBLES EN LA PROVINCIA DE MENDOZA, REPÚBLICA ARGENTINA. SÍNTESIS HISTÓRICA Y ACTUAL¹

Ana Carolina Beceyro

cbeceyro@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

RESUMEN

Mendoza, provincia de la República Argentina, se localiza en el centro-Oeste del territorio nacional.

Hasta mediados del siglo XX, las tasas de mortalidad de la población eran elevadas e inestables y se debían, principalmente, a enfermedades transmisibles (difteria, fiebre paratifoidea, cólera, sarampión, viruela, etc.).

Desde mediados del siglo XX, comenzó a adquirir mayor importancia la mortalidad por causas del aparato circulatorio, neoplasias y causas externas. Sin embargo, la mortalidad por causas transmisibles no deja de ser importante en la actualidad, ya que presenta elevadas tasas en aquellas causas de tipo respiratorio y constituye el 3º grupo de causas de mortalidad femenina en el año 2005.

La evolución histórica de la mortalidad por causas transmisibles es resultado, tanto de determinantes socio-económicos, políticos y ambientales, como geográficos.

Palabras clave: mortalidad, causas transmisibles, provincia de Mendoza.

INTRODUCCIÓN

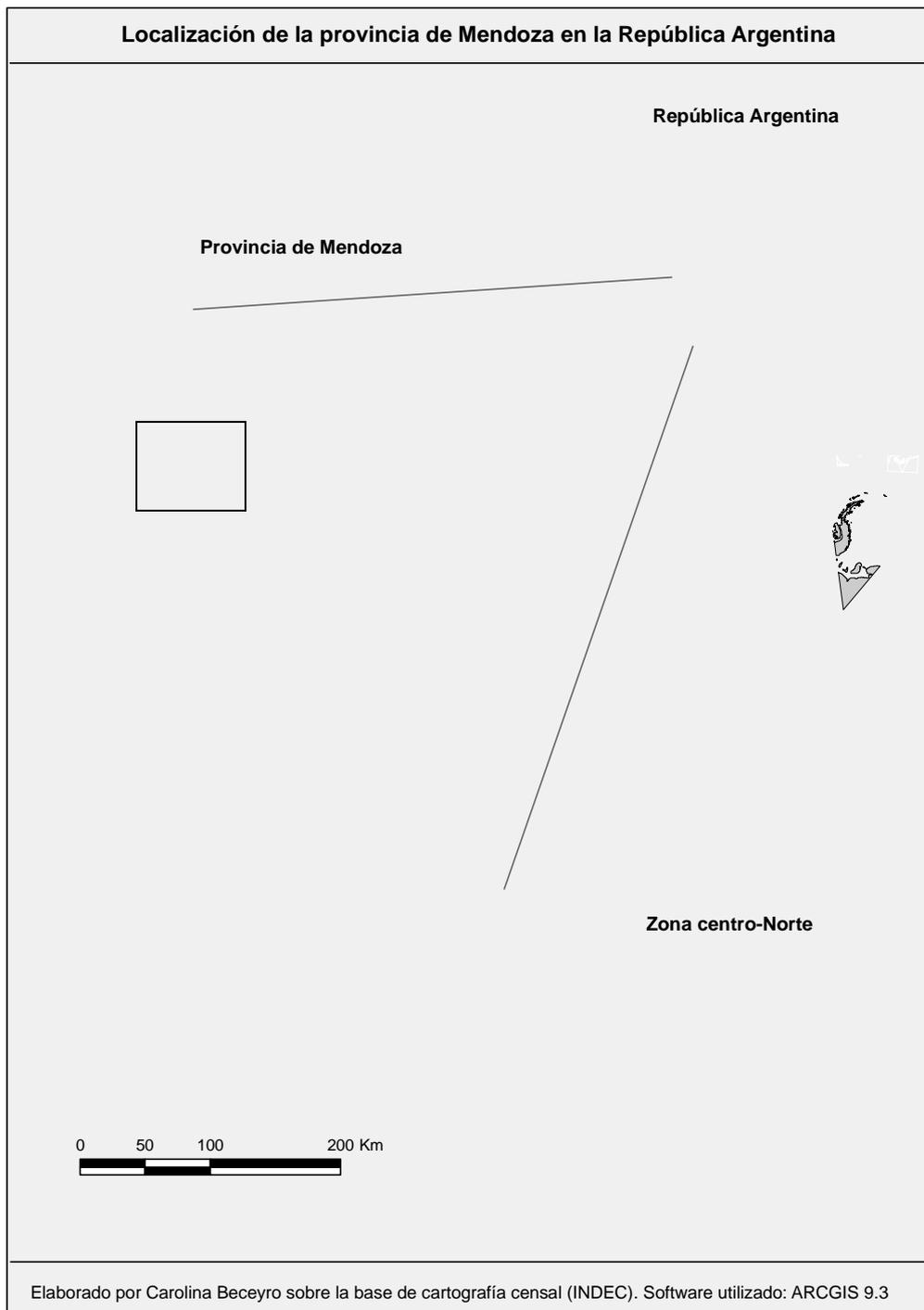
Mendoza, provincia de la República Argentina, se localiza en el centro-Oeste del territorio nacional (figura Nº 1). El espacio geográfico en donde existen las mayores densidades de población se caracteriza por su aridez, variable climática que, en relación con factores sociales, políticos y ambientales, influyeron en el predominio de ciertas causas de mortalidad a través del tiempo.

Hasta mediados del siglo XX, la mortalidad por causas transmisibles, principalmente aquellas de origen hídrico, era importante. Este hecho se relaciona con la presencia de canales de riego en el sitio con mayor densidad de población a fines del siglo XIX y el mal uso que la población hacía de ellos, así como también con la falta de una política de ordenamiento territorial.

Desde 1980, aproximadamente, se produjo un cambio cualitativo en las principales causas de mortalidad de tipo transmisible: predominan aquellas de origen respiratorio y las tasas más elevadas tienen lugar en los departamentos más urbanizados de la provincia: Capital y Godoy Cruz (100% y 99,9% de población urbana, respectivamente). Los factores causales más importantes podrían relacionarse con la calidad del aire de los centros urbanos (presencia de partículas en suspensión que favorecen el desarrollo de alergias y otras enfermedades respiratorias) y las elevadas densidades de población que implican mayores probabilidades de contagio.

¹ Ejes temáticos. 1) Monitoreamiento y vigilancia en salud: Epidemiología, análisis espaciales de enfermedad y muerte; 2) Factores, determinantes sociales y ambientales de la salud: Enfermedades de la pobreza e inequidades sociales.

Figura N° 1



MARCO TEÓRICO- METODOLÓGICO

El objetivo del presente trabajo consistió en conocer la evolución de la mortalidad por causas transmisibles en la provincia de Mendoza a través del tiempo, en relación con el espacio geográfico y sus características ambientales y sociales².

² La presente comunicación forma parte de la tesis doctoral: "Transición Epidemiológica en Mendoza. Un estudio de Geografía de la Salud durante el período 1965-2005". Doctoranda: Ana Carolina Beceyro. Director: Jorge A. Pickenhayn. Co-Directora: Ana A. Álvarez. Carrera de Doctorado en Geografía, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

El estudio fue realizado a partir de fuentes bibliográficas (para períodos históricos) y de información estadística a partir del año 1965. Se agruparon las causas individuales de mortalidad³ según las Clasificaciones Internacionales de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud para constituir el grupo “mortalidad por enfermedades transmisibles”.

En la definición de estos grupos de causas de mortalidad se tomó como base la Décima Revisión (CIE 10) y se realizó un análisis retrospectivo de las causas, ya que en el período considerado para esta investigación fue necesario comparar sucesivas revisiones (tabla N° 1).

Tabla N° 1

| Grupos de causas de mortalidad: CIE 7-8, CIE 9 y CIE 10 | | | |
|--|------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Grupos | Códigos de la CIE 7-8 | Códigos de la CIE 9 | Códigos de la CIE 10 |
| Transmisibles | 000-136; 320; 460-486 | 001-139; 320-322; 460-466; 480-487 | A00-B99; G00-G03; J00-J22 |
| Neoplasias | 140-239 | 140-239 | C00-D48 |
| Causas externas | 800-999 | E800-E999 | V01-Y89 |
| Período perinatal | 760-796 | 760-779 | P00-P96 |
| Aparato circulatorio | 390-458 | 390-459 | I00-I99 |
| Desnutrición | 260-269; 280-281 | 260-269; 280-281 | E40-E64; D50-D53 |
| Síntomas y estados morbosos mal definidos | 780-796 | 780-799 | R00-R99 |

Fuente: Beceyro, Carolina sobre la bases de la Clasificación Internacional Estadística (7º, 8º, 9º y 10º revisiones) de la Organización Mundial de la Salud

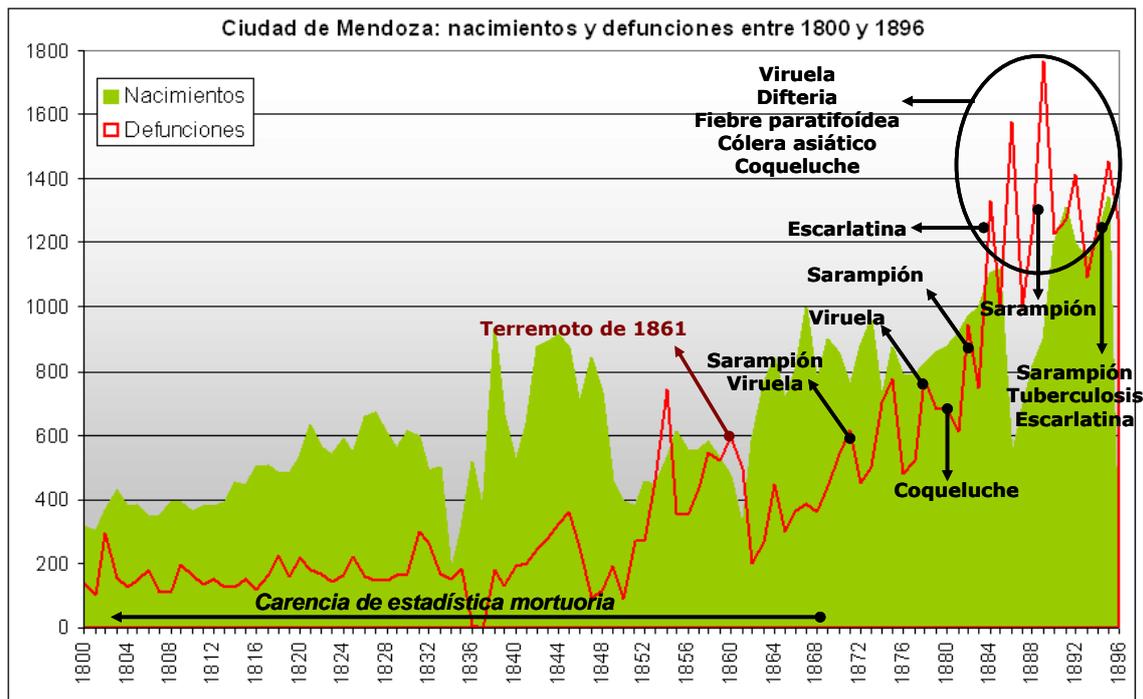
LA MORTALIDAD EN MENDOZA HASTA MEDIADOS DEL SIGLO XX

La información más antigua, precisa y recabada en forma sistemática sobre causas de mortalidad en la provincia de Mendoza, corresponde a la segunda mitad del siglo XIX.

El médico sanitarista francés Emilio Coni fue contratado para realizar un plan de saneamiento de la ciudad de Mendoza, luego de que la ciudad quedara devastada por un terremoto en 1861 y de que la población se viera afectada por sucesivas epidemias. Coni (1897) recopiló estadísticas vitales (nacimientos y defunciones) de la ciudad de Mendoza entre 1800 y 1896. Y a partir de 1869 comenzaron a realizarse encuestas sanitarias que aportaron detalles precisos y sistemáticos sobre las causas de mortalidad (figura N° 2).

³ Se trabajó con la lista abreviada de causas de mortalidad (2.027 causas básicas de defunción) según la CIE 10, agrupadas por la Organización Mundial de la Salud a partir del listado original de 14.193 causas (OPS, 1995).

Figura Nº 2



Fuente: Beceyro, Carolina sobre la base de Coni (1897)

En relación con las causas de mortalidad más destacadas, F. J. Moyano y Emilio Civit, en el proyecto de ley que elevan al Poder Ejecutivo en enero de 1896, afirman:

Hay todo, desgraciadamente ha cambiado y no puede contarse como en otra hora, con la acción de sus recursos naturales. La difteria se ha hecho endémica; los desarreglos gastro-intestinales han aumentado de una manera alarmante, y la escarlatina y sarampión, parece que no desaparecerán de entre nosotros, sino cuando todos los hayan soportado, ó hayan desaparecido segados por esas infecciones (*apud*. Coni, 1897:8).

En su obra, Coni mencionaba las principales causas de insalubridad y mortalidad que observaba en la ciudad de Mendoza, las cuales se relacionan con determinantes de tipo social, económico y ambiental:

Problemas de abastecimiento de agua potable y servicio cloacal.

Ausencia de alcantarillas.

Utilización de materiales de construcción antihigiénicos (adobe, embarado de techos, entre otros).

Presencia de características climáticas que favorecen las enfermedades alérgicas.

Afecciones relacionadas con los bruscos cambios de humedad y temperatura.

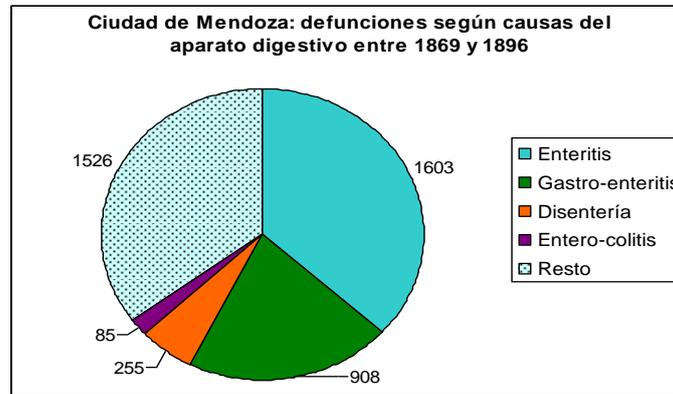
Extracción y disposición deficiente de residuos domésticos.

En relación con las enfermedades de origen hídrico a fines del siglo XIX (figura Nº 3), Prieto, Dussel y Castrillejo (2006) mencionan la importancia del ordenamiento territorial de la ciudad de Mendoza. Comentan que luego del terremoto de 1861 –momento en que la ciudad resultó devastada-, los habitantes de clases económicas más altas se relocalizaron hacia el Oeste, en sitios más altos y seguros, mientras que los sectores más pobres continuaron viviendo en el área más deprimida, a orillas del canal Cacique Guaymallén y en proximidad de una ciénaga. El nuevo sector pudo beneficiarse de una nueva red de agua potable, lo cual significó que debido al consumo aguas arriba, quedara sin servicio la mitad norte de la ciudad, en donde residía la mayor parte de la población. En consecuencia, las acequias

constituían el único recurso disponible, tanto para la obtención de agua de riego y agua para beber, como para recibir los desperdicios de cada vivienda.

A pesar de que se extendió la red de surtidores públicos de agua hacia el año 1884, la misma no era suficiente; tampoco se contaba con una red cloacal. La consecuencia directa de esta falta de servicios sanitarios fue la epidemia de cólera de 1886-1887 y la epidemia de difteria de 1890 en una localidad vecina a la ciudad de Mendoza.

Figura Nº 3



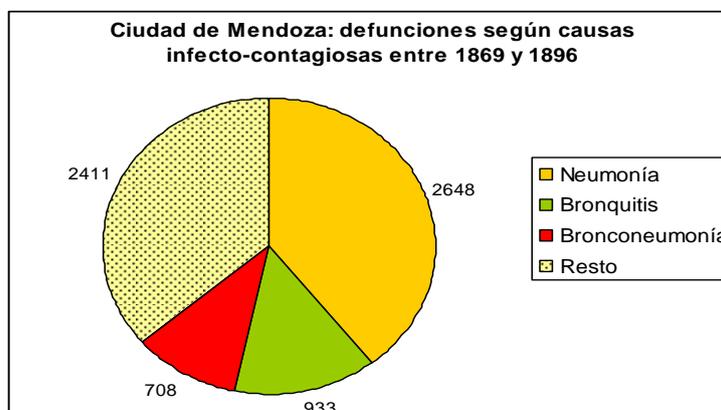
Fuente: Beceyro, Carolina sobre la base de Coni (1897)

También puede observarse la importancia de la mortalidad por causas de tipo respiratorio (neumonía, bronquitis y bronconeumonía, entre otras) a fines del siglo XIX en la ciudad de Mendoza. Esto se relaciona con las características climáticas del sitio y con la calidad del aire mencionada en párrafos precedentes (figura Nº 4).

Finalmente, puede afirmarse que la importancia de las epidemias continuó hasta mediados del siglo XX, ya que en el año 1937 la difteria era la segunda causa de muerte en Mendoza (con una tasa de 46,5 por mil). Además, en 1949 se construyó el Hospital de Infecciosos, hecho que pone en evidencia la importancia que aún tenían estas causas de morbi-mortalidad.

En la investigación realizada en 1956 por el médico Juan Maurín Navarro (*apud*. Gutiérrez de Manchón, 1968), se destaca la importancia de la proximidad de cursos de agua (canales y acequias) en relación con la prevalencia de enfermedades de transmisión hídrica (tifoidea, gastroenteritis) o cuyo origen se relacionaba con la falta de limpieza de éstos (poliomielitis, tuberculosis, brucelosis). Es decir, se destacaba la importancia de la mortalidad por enfermedades infecciosas hasta mediados del siglo XX.

Figura Nº 4



Fuente: Beceyro, Carolina sobre la base de Coni (1897)

La mortalidad en Mendoza desde mediados del siglo XX

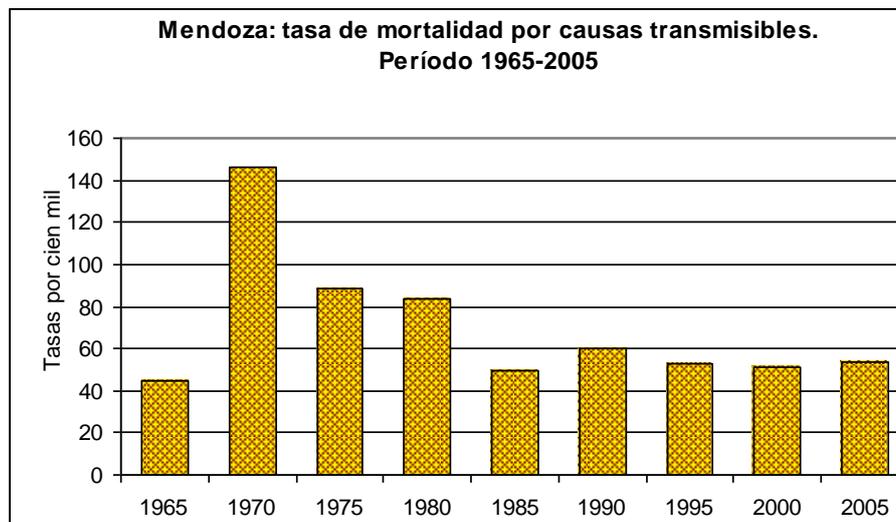
En la década de 1960, se produce una variación cualitativa en las principales causas de mortalidad en la provincia de Mendoza: comienzan a adquirir cada vez mayor importancia aquellas relacionadas con enfermedades del aparato circulatorio, con neoplasias y con causas externas.

Sin embargo, la mortalidad por causas transmisibles no deja de ser importante, ya que representa entre el 7 y 8% de la mortalidad a comienzos del siglo XXI.

Durante la segunda mitad del siglo XX, presentó tasas variables: la tasa más baja -de 44,4 por cien mil- se registró en 1965, y la máxima alcanzó 146,39 por cien mil en 1970. A partir de esa fecha las tasas comenzaron a disminuir hasta estabilizarse entre el 50 y 60 por cien mil (figura N° 5).

Como se mencionó en párrafos precedentes, hasta mediados del siglo XX, tuvo una gran importancia la mortalidad por enfermedades de origen hídrico –como la difteria, la fiebre paratifoidea y el cólera-, debido a los deficientes sistemas de alcantarillado, de cloacas y agua potable. En la actualidad, en cambio, los espacios urbanos poseen una elevada cobertura con servicios sanitarios, por lo cual muchas de estas enfermedades se encuentran relativamente controladas –como el caso del cólera- o casi erradicadas (difteria y fiebre paratifoidea). Sin embargo, la elevada frecuencia de contactos cotidianos “cara a cara” y las condiciones de hacinamiento de algunos sectores de población en zonas urbanas dan lugar a mayores tasas de mortalidad por causas transmisibles y muchas de ellas son enfermedades respiratorias emergentes (por ejemplo: la neumonía por organismo causal no especificado).

Figura N° 5



Fuente: Beceyro, Carolina sobre la base de información del Departamento de Bioestadística y la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud.

Esta variación cualitativa puede apreciarse en algunos ejemplos:

En 1965 se produjeron:

- _ 124 defunciones por fiebre paratifoidea (tasa: 13,8 por cien mil).
- _ 47 defunciones por neumonía vírica (tasa: 5,2 por cien mil).
- _ 26 defunciones por otras infestaciones por trematodos (tasa: 2,9 por cien mil).
- _ 25 por leishmaniasis (tasa: 2,8 por cien mil).

_ 24 defunciones por rubéola (tasa: 2,7 por cien mil). El último brote epidémico de rubéola se produjo entre 1964 y 1965; en 1969 se desarrolló la vacuna que permitió un mayor control de la enfermedad.

_ 153 defunciones por las restantes causas transmisibles.

_ En cambio, en 1970 se produjeron:

_ 478 defunciones por bronconeumonía no especificada (tasa: 49,2 por cien mil).

_ 273 defunciones por enfermedad diarreica (tasa: 28,1 por cien mil).

_ 127 defunciones por neumonía no especificada (tasa: 13,1 por cien mil).

_ 545 defunciones por las restantes causas transmisibles.

Estas causas de mortalidad contribuyeron en gran medida en el incremento de la mortalidad por enfermedades transmisibles en el año 1970, momento en el cual se registró la mayor cantidad de defunciones por estas causas de todo el período considerado: 1423 casos. Las dos primeras causas mencionadas (bronconeumonía y diarreas) mostraron un descenso constante de sus tasas de mortalidad a través del tiempo, así como la tuberculosis pulmonar, el sarampión, la meningitis y la tripanosomiasis americana o mal de Chagas, aunque esta última es endémica en la provincia.

En cambio, se produjo un incremento sostenido de la mortalidad por neumonía por organismo no especificado, la cual alcanzó una tasa de 39,2 por cien mil en el año 2005 (640 defunciones sobre un total de 882). También aumenta, a comienzos del siglo XXI, la mortalidad por tuberculosis respiratoria no confirmada bacteriológica o histológicamente. Este hecho se relaciona, por un lado con la reemergencia de enfermedades transmisibles preexistentes cuyo tratamiento ya no es eficaz. Por otro, con una enfermedad emergente: el HIV, que frecuentemente se asocia con la tuberculosis.

Según sexos, la mortalidad por causas transmisibles se posiciona como 3º grupo de causas para la población femenina y en 4º lugar para la población masculina (tabla Nº 2).

Tabla Nº 2

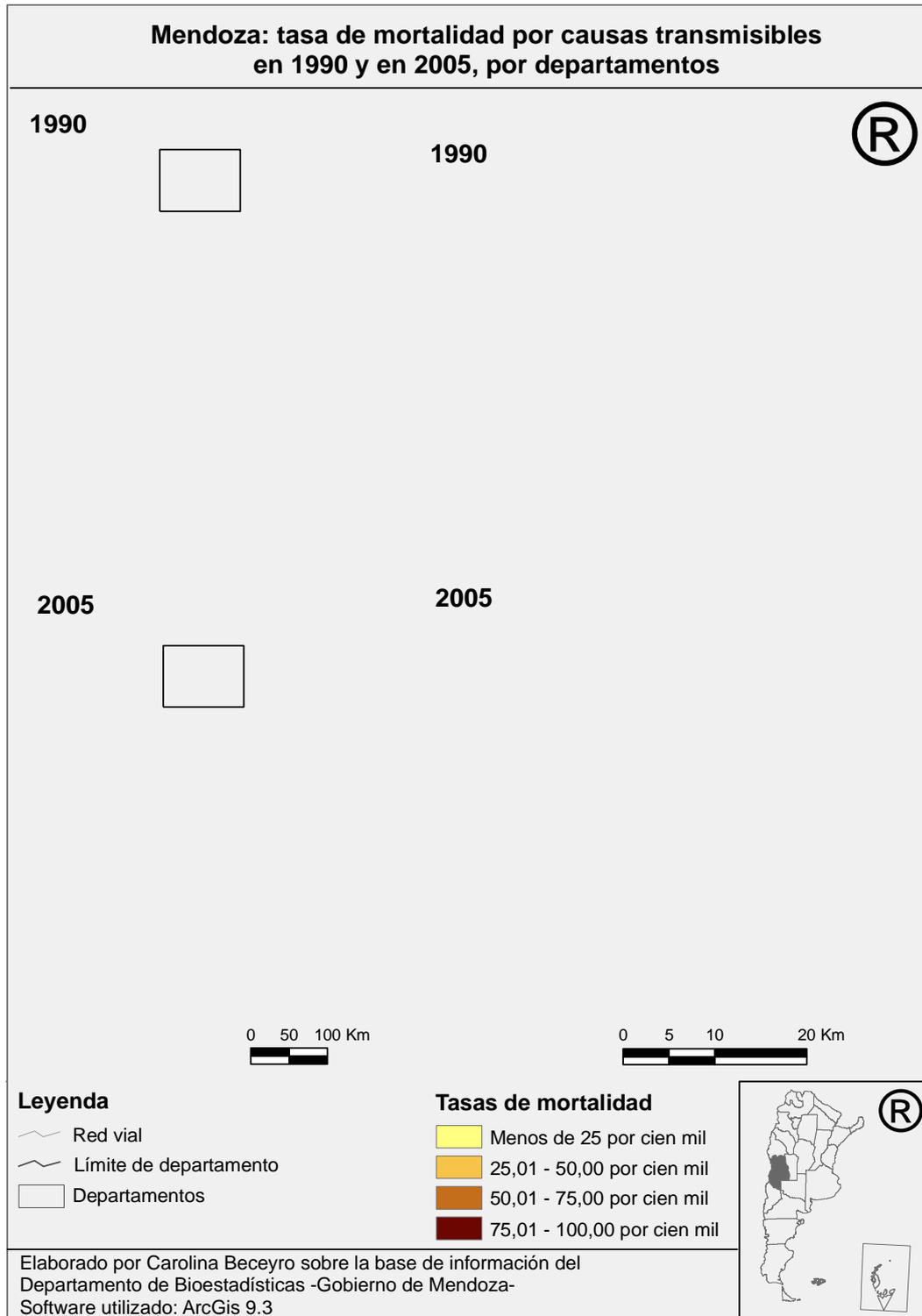
| Orden de los grupos de causas de mortalidad según sexo en el año 2005 | | |
|---|--|--|
| Orden | Sexo femenino | Sexo masculino |
| 1º | Mortalidad por causas del aparato circulatorio | Mortalidad por causas del aparato circulatorio |
| 2º | Mortalidad por neoplasias | Mortalidad por neoplasias |
| 3º | Mortalidad por enfermedades transmisibles | Mortalidad por causas externas |
| 4º | Mortalidad por causas externas | Mortalidad por enfermedades transmisibles |

Fuente: Beceyro, Carolina

Espacialmente, las tasas específicas de mortalidad permiten diferenciar claramente dos grupos de departamentos para los años analizados. Por un lado, aquellos que conforman el Gran Mendoza (Capital, Godoy Cruz, Guaymallén, Maipú, Las Heras y Luján de Cuyo) y/o que poseen ciudades intermedias (San Martín y San Rafael), los cuales poseen las mayores tasas de mortalidad por estas causas. Por otro lado, las menores tasas corresponden a los departamentos con menores porcentajes de población urbana. Sin embargo, dentro de este último grupo se destaca un aumento de las tasas, a comienzos del siglo XXI, en algunos departamentos netamente rurales, como: Lavalle, San Carlos y Tupungato (figura Nº 6).

En este caso, la reemergencia de enfermedades transmisibles, especialmente de las respiratorias, afecta a espacios densamente poblados en donde existe una mayor probabilidad de contagio (SINAVE; 2000:120). Por ejemplo, en el año 2005 la tasa de mortalidad de la neumonía por organismo no especificado fue igual a 60,05 por cien mil en Capital (100% de población urbana) y a 47,6 por cien mil en Lavalle (30,5% de población urbana).

Figura N° 6



CONCLUSIONES

La población de la provincia de Mendoza, República Argentina, ha presentado una tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles variable a través del tiempo y del espacio.

Dicha variabilidad es resultado de determinantes socio-económicos, geográficos y ambientales que inciden tanto en el aspecto cuantitativo, como cualitativo. Las tasas de mortalidad por este grupo de causas eran inestables y elevadas hasta mediados del siglo XX. La mayor proporción de defunciones dentro del grupo se debía a causas de origen hídrico, relacionadas con las deficiencias en el aprovisionamiento de agua potable y la falta de higiene de canales de riego, hecho que también se relaciona con la falta de un ordenamiento territorial y aspectos educativos por parte de la población.

Desde mediados del siglo XX, las tasas de mortalidad por causas transmisibles comenzaron a disminuir hasta alcanzar un mínimo comprendido entre 50 y 60 por cien mil. Y se produjo una variación cualitativa, ya que comenzaron a adquirir importancia aquellas causas de tipo respiratorio, las cuales se relacionan tanto con la calidad del aire en espacios urbanizados, como con características climáticas del sitio.

La tendencia de la mortalidad por causas transmisibles -a corto plazo- indica un posible incremento de las tasas, debido a la presencia de enfermedades emergentes (gripe A H1N1) y reemergentes en el territorio nacional (como es la reciente epidemia de dengue), lo cual está en relación con una población vulnerable, tanto desde lo económico y educativo, como desde lo político.

REFERÊNCIAS

BECEYRO, Ana Carolina. **Transición Epidemiológica en Mendoza. Un estudio de Geografía de la Salud durante el período 1965-2005**. Tesis Doctoral. Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo, Carrera de Doctorado en Geografía. Director: Jorge A. Pickenhayn. Co-Directora: Ana A. Álvarez. 2009.

CONI, Emilio. **Saneario de la provincia de Mendoza**, Buenos Aires, Imprenta de Pablo E. Coni e Hijos, 1897.

DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA. **Mortalidad y Natalidad 1965**, Mendoza, Ministerio de Salud Pública, 1966.

DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA. **Mortalidad y Natalidad 1969- 1970**, Mendoza, Ministerio de Bienestar Social, S.S. de Salud Pública, 1971.

DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA. **Mortalidad y Natalidad 1975**, Mendoza, Ministerio de Bienestar Social, S.S. de Salud Pública, 1976.

DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA. **Mortalidad y Natalidad 1980**, Mendoza, Ministerio de Bienestar Social, S.S. de Salud Pública, 1981.

DEPARTAMENTO DE BIOESTADÍSTICA. **Mortalidad y Natalidad 1985**, Mendoza, Ministerio de Bienestar Social, S.S. de Salud Pública, 1986.

DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS E INFORMACIÓN DE SALUD. **Estadísticas sobre la causa básica de muerte, por departamento y grupos de edad, para los años 1990, 1995, 2000 y 2005**, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2007.

GUTIÉRREZ DE MANCHÓN, J. "La morbilidad en la aglomeración mendocina, en sus vinculaciones geográficas. Contribución a la ecología urbana". **Boletín de Estudios Geográficos**, Mendoza, Universidad Nacional de Cuyo, Vol. XV, N° 60, pp. 152 a 164, julio-septiembre de 1968.

OPS. Organización Panamericana de la Salud. **CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud Décima revisión**. Publicación

científica N° 554, Washington, Organización Panamericana de la Salud, Volúmenes 1, 2 y 3, 1995.

PRIETO, María del Rosario; CASTRILLEJO, Teresita y DUSSEL, Patricia. El proceso de contaminación hídrica en un oasis andino. La vida y la muerte por las acequias de Mendoza, Argentina, 1880-1980. **Signos Históricos**, Mendoza, N° 16, pp. 112-151, julio-diciembre 2006.

SINAVE. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. **Manual de Normas y Procedimientos del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. SI.NA.VE. 1999**, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2000.