

Mortalidad general y por Chagas en el Departamento Río Seco (Córdoba) entre 1980 y 1992.

Leandro M. González.

Cita:

Leandro M. González (Diciembre, 1997). *Mortalidad general y por Chagas en el Departamento Río Seco (Córdoba) entre 1980 y 1992*. IV Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación Argentina de Estudios de Población, Resistencia.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/leandro.m.gonzalez/18>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ptoh/FTU>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**IV JORNADAS ARGENTINAS
DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN**

COMISIÓN DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD

**" Mortalidad general y por Chagas en el
Departamento Río Seco (Córdoba) entre 1980 y 1992 "**

Lic. Leandro Mariano GONZÁLEZ (*) ()**

CÓRDOBA, agosto de 1997

(*) Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Maestría en Demografía; Av. Vélez Sársfield 153, C.P. 5000, Córdoba, tel.051-332086, fax 051-332087.

(**) El autor expresa su especial agradecimiento a la Dra. Dora Celton (C.E.A-U.N.Córdoba) y al Mag. Alejandro Giusti (INDEC) por el apoyo y la orientación recibidos.

RESUMEN:

El Departamento Río Seco se encuentra al norte de la provincia de Córdoba, en el límite con Santiago del Estero. Su escasa población (10.595 habitantes en 1991) es mayoritariamente rural y padece altos niveles de pobreza estructural. En período 1980-92 se verificó un aumento del nivel global de la mortalidad. Se observaron incrementos en las tasas brutas y específicas, y la persistencia de la mortalidad infantil alrededor del 30 por mil. Un fenómeno notable es el descenso de la esperanza de vida en un año aproximadamente, como consecuencia directa del marcado deterioro de la salud de la población masculina (alrededor de 1.5 año).

Las principales causas de muerte son las afecciones del aparato circulatorio y el mal de Chagas, enfermedad endémica en la región. Se estima que en 1990-92 prácticamente la mitad de los decesos se produjeron por Tripanosomiasis y las complicaciones cardíacas que genera. La persistencia de los altos niveles de pobreza, la deficiente cobertura sanitaria y la falta de servicios y obras públicas esenciales (agua potable, por ejemplo), comprometen seriamente la posibilidad de mejorar el nivel de la población estudiada.

I- ENFOQUE METODOLÓGICO

El presente trabajo tiene la intención de realizar una aproximación al estudio de la mortalidad del Departamento Río Seco, provincia de Córdoba, entre los años 1980 y 1992. Para ello se toman como principales fuentes a los censos nacionales de población y vivienda, y los registros de hechos vitales del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

En cuanto al período temporal (1980-92) se eligió el abarcado por los censos nacionales de 1980 y 1991. Se tomaron como muestras a los trienios 1980-82 y 1990-92 a fin de suavizar las variaciones que exhiben los indicadores de hechos vitales de un año a otro. Es preciso aclarar que se descartó el año 1979 para integrar el trienio correspondiente al censo 1980 por no contar el Ministerio de Salud y Seguridad Social con los tabulados de las defunciones por lugar de residencia sino por el de ocurrencia, hecho que impide aplicarlas a este trabajo.

Teniendo en cuenta que Río Seco integra la zona endémica del mal de Chagas, se hace particular hincapié en esta enfermedad para dimensionar su participación en la mortalidad general y evaluar su evolución en el período considerado.

II- CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda 1991 el Departamento Río Seco alcanzó una población de 10.595 habitantes, marcando un lento crecimiento del 0,55% anual desde 1980. La baja densidad (1,6 hab./km²) se debe a que el 77,4% de la población es rural (poblaciones inferiores a los 2000). El índice de masculinidad es de 109,1 varones cada 100 mujeres. La tasa media anual de migración intercensal es del -0,86 ‰ (Subsecretaría de la Función Pública, 1995), destacándose la emigración de jóvenes y mujeres.

En cuanto a la estructura de la población, la población económicamente pasiva (menores de 14 y mayores de 65 años) representaba en 1980 el 44,2 % de la población total y en 1991 el 42,7%, lo que revela con relación a 1980 un leve incremento del sector económicamente activo y un incipiente proceso de envejecimiento de la población. En 1980 la población mayor de 65 años representaba el 7,4% de la población total, mientras que en 1991 la proporción se elevó al 8,31%, mostrando un incremento del 11,7% en el período intercensal.

El Departamento Río Seco se caracteriza por un alto nivel de pobreza estructural. En 1991 la población en hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas alcanzó los 3955 habitantes, un 37,3% del total, detectándose como principales causas las condiciones sanitarias y el hacinamiento. Del total de hogares particulares el 48,4% reside en viviendas tipo B (no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, o no dispone de retrete con descarga de agua, o tiene piso de tierra u otro material precario), el 29,4% en viviendas tipo A (no reúnen las condiciones del tipo B) y el 18,9% en ranchos o casillas. Del total de viviendas, el 51,6% no tiene acceso a red pública de agua; el 64,6% carece de cañería de agua dentro de la vivienda; el 17,8% no tiene acceso a red pública de agua, perforación o pozo; y el 52,5% no dispone de retrete con descarga de agua.

En cuanto al grado de instrucción de los jefes de hogar, en 1991 el 45,8% no terminó el ciclo primario; el 18,9% son mujeres sin asistencia escolar; y el 47,2% no tienen asistencia escolar o primaria completa y viven en hogares precarios. Las tasas de escolarización fueron del 70,3% de la población de 5 años, 96% de 6 a 12 años, 42,7% de 13 a 17 años y del 8,5% de 18 a 22 años (Subsecretaría de la Función Pública, 1995).

III- TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD

Las tasas brutas de Río Seco fueron del 6.72 ‰ en el trienio 1980-82 y del 8.9 ‰ en 1990-92. Esto representa un incremento en el número de fallecimientos cada mil habitantes del orden 32,4% en el período 1980-92. Este resultado debe interpretarse sólo como un aumento en la frecuencia relativa de las defunciones y no como un indicador completo del nivel global de la mortalidad. Puede responder parcialmente al incipiente proceso de envejecimiento de la población en estudio.

Si se diferencia la población por sexo, se tiene que en 1980-82 las tasas brutas de mortalidad fueron del 6.46 ‰ para varones y del 7.01 ‰, mientras que para 1990-92 las tasas alcanzaron 10.73 ‰ y 6.91 ‰ respectivamente.

De las tasas brutas expuestas se puede ver que, curiosamente, en el trienio 1980-82 las mujeres presentaban una mayor frecuencia relativa (7.01 ‰) que los varones (6.46 ‰). En esto puede influir la menor población femenina censada en Río Seco y a la emigración de mujeres jóvenes.

Para el trienio 1990-92 el cuadro se revierte bruscamente, presentando los varones una tasa del 10,73 ‰ y las mujeres del 6.91 ‰. Esto significa un fuerte aumento de la frecuencia relativa de las defunciones del 66,1% para el sexo masculino, mientras que para el femenino la disminución fue leve (1,43%).

IV- MORTALIDAD POR EDADES

Del análisis de las tasas específicas de mortalidad (Gráfico I) se puede observar un aumento en las tasas específicas correspondientes a las edades de menores de 5 años, fenómeno preocupante dado que se espera que con el transcurso del tiempo las tasas descieran en estas edades. También se pueden advertir incrementos en edades tempranas, como las comprendidas entre los 40-49 años, y alentadores descensos de las tasas correspondientes a los grupos de 5-14 y 20-34 años.

En comparación con la provincia de Córdoba, se puede observar en el Gráfico II que el Departamento Río Seco la supera de manera más marcada en los grupos etarios de menores de 5 años y entre los 15-29 años. En cambio, sólo se registraron niveles inferiores entre los 10-14 y los mayores de 85 años.

V- SOBREMORTALIDAD MASCULINA

Debido a la mayor incidencia de la mortalidad en los varones se analiza la desproporción de las tasas específicas masculinas en relación con las femeninas. En el Gráfico III se ilustran dichos niveles, pudiéndose apreciar los notables incrementos de la sobremortalidad masculina en los grupos de 10-29 y 40-64 años de edad en el período 1990-92. Se advierte un generalizado aumento de la sobremortalidad masculina en el período considerado.

Si se compara este fenómeno con los parámetros provinciales, se puede apreciar en el Gráfico IV que los mayores picos comparativos de sobremortalidad se observan en los grupos etarios de 15-19 y 40-59 años.

VI- MORTALIDAD POR CAUSAS

Para abordar el análisis de las defunciones registradas del Departamento Río Seco de acuerdo a las causas que las originaron, se utilizaron los registros de hechos vitales del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la provincia de Córdoba. Estos están codificados de acuerdo a las lista de 256 causas de muerte (lista abreviada, C.I.E., 9ª revisión). La clasificación de los grupos de causas de muerte que se adopta es la utilizada por el Dr. Eduardo Arriaga en investigaciones similares (Arriaga, 1994a).

En primer lugar, en el Gráfico V se detallan los porcentajes de defunciones registradas por grupos de causas. De los valores expuestos se percibe una alta participación de las defunciones del aparato circulatorio en la estructura de la mortalidad de Río Seco, seguida de las afecciones infecciosas-

parasitarias y los tumores malignos. A lo largo de la década los decesos por causas cardíacas ocuparon el primer lugar e disminuyó levemente su valor (45,5% en 1980-82 y 45,2% en 1990-92). En 1980-82 aparecen las causas infecciosas-parasitarias (15,3%) y los tumores (10,4%) en segundo y tercer lugar respectivamente, pero en el trienio 1990-92 ambos grupos aumentan su participación relativa al 16,25% cada uno sobre el total. Cabe aclarar que la enfermedad de Chagas es la principal componente de las defunciones infecciosas-parasitarias, sin la cual los valores de este grupo descenderían al 3,5% en 1980-82 y 2,5% en 1990-92.

Otro valor significativo lo demuestran las defunciones por causas mal definidas, que en 1980-82 significaron el 9,9% del total y el 3,18% en 1990-92. Este descenso es muy positivo ya que representa un notable avance en la calidad de los registros públicos de las defunciones. En cuanto a los accidentes se observa también una importante disminución (8,42% a 1,79%).

Considerando los restantes grupos de causas es preciso advertir que su baja participación relativa en la estructura de la mortalidad de Río Seco no debe distraer la atención de su evolución. De esta manera se percibe el incremento de las muertes originadas en los aparatos respiratorio y digestivo, como también por anomalías congénitas y perinatales, fenómeno que no puede ser descuidado. Un caso especial lo representan las muertes violentas (homicidios, suicidios y lesiones), que duplicaron su magnitud a lo largo de la década (1,49% a 3,18%). Por otra parte se verifican descensos en la participación relativa de defunciones ocasionadas por las glándulas endócrinas y por las restantes causas.

En segundo lugar, se comparan las defunciones por causas del Departamento Río Seco con las registradas para la totalidad de la provincia entre 1990-92. En el Gráfico VI se puede apreciar que Río Seco presenta una semejante participación de defunciones del aparato circulatorio (45,23% y 45,1% respectivamente), en cambio supera ampliamente a la provincia en Chagas (13,78% y 0,9%), en menor medida en las restantes causas infecciosas-parasitarias (2,47% y 1,95%), mal definidas (3,18% y 1,08%) y violentas (3,18% y 1,8%). Por su parte Río Seco es superada por la provincia en decesos por tumores malignos (16,25% y 21,41% respectivamente), aparato respiratorio (3,18% y 6,11%) y digestivo (2,83% y 4,93%), glándulas endócrinas (1,41% y 3,76%) y accidentes (1,77% y 3,83%).

En tercer lugar, se consideran las principales causas específicas de muerte en el Departamento Río Seco. Para 1980-82 el Gráfico VII se observa que la primera causa de muerte fue el mal de Chagas (11,9%), seguido de las enfermedades cardíacas mal definidas (10,9%), disritmia cardíaca (9,4%) y

causas mal definidas (8,9%). Se puede apreciar que el Chagas puede tener una alta probabilidad de incidencia en las dos causas de muerte cardíacas que le siguen, reuniendo en conjunto el 32,2% de las defunciones totales.

Para el trienio 1990-92 se observa que la primera causa de muerte fueron las enfermedades cardíacas mal definidas (16,3%), desplazando al Chagas al segundo lugar (13,8%), seguido de la disritmia (9,9%) y el infarto agudo de miocardio (8,1%). En este período también se puede observar que la Tripanosomiasis junto con las defunciones cardíacas de probable incidencia chagásica ascienden al menos el 40% del total, mostrando un incremento en relación con el período anterior.

VII- DEFUNCIONES POR GRADO DE EVITABILIDAD

Un importante enfoque en el análisis de la mortalidad de la población lo constituye el referido al grado de evitabilidad de las defunciones, puesto que permite obtener una orientación para intentar su disminución. Para ello se sigue la clasificación de la Dra. Erica Taucher (1978). En el Gráfico VIII se presenta la distribución relativa de los fallecimientos registrados de acuerdo esta característica.

De la información expuesta se puede observar que en ambos períodos considerados más de la mitad de los fallecimientos registrados son difícilmente evitables en la actualidad (50,5% en 1980-82 y 58,9% en 1990-92). En cuanto a las muertes evitables por la aplicación de un conjunto de medidas, a las que podríamos añadir las ocasionadas por el mal de Chagas, en total alcanzan al 23,3% en 1980-82 y al 24,2% del total en 1990-92.

Si se suman estos dos grupos se tiene que las defunciones no evitables en el corto plazo ascienden al 75,8 y 83,1% en los trienios considerados. Por otra parte, las muertes con mayor grado de evitabilidad representan un porcentaje bajo: 4% (1980-82) y 3,6% (1990-92).

Considerando la evolución de estos valores, se advierte que entre 1980-92 se incrementaron las defunciones difícilmente evitables, el Chagas y las evitables por tratamientos preventivos o precoces. Por el contrario, se registraron descensos en las muertes mal definidas, las evitables por aplicación de un conjunto de medidas, por saneamiento ambiental y las restantes.

VIII- DEFUNCIONES POR AFECCIONES DEL APARATO CIRCULATORIO

Como se vio anteriormente los fallecimientos originados en las distintas afecciones del aparato circulatorio constituyen la primera causa de muerte en el Departamento Río Seco en el período estudiado. En 1980-82 las defunciones por estas causas alcanzaron el 45,54% (38,4% entre los varones y 52,4% entre las mujeres), mientras que en 1990-92 apenas descendieron al 45,23% del total (44,6% entre los varones y 46,2% entre las mujeres).

En los trienios estudiados se destacan cuatro causas principales de defunciones: otras enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedad del corazón, con el 23,9 y 35,9% del total de defunciones respectivamente; disritmia cardíaca, con el 20,7 y 18,8%; infarto agudo del miocardio, con el 16,3 y 18%; y enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida, con el 13 y 14,5% respectivamente.

Es llamativo que la principal componente de este grupo sea una causa específica no definida, que junto con las restantes causas no definidas alcanzan un total del 40,2% en 1980-82 y del 38,35 en 1990-92. Esto representa una deficiencia o imposibilidad para identificar con precisión la patología que provocaron los fallecimientos del aparato circulatorio.

IX- DEFUNCIONES POR CHAGAS

El Departamento Río Seco es una región endémica del mal de Chagas, agravado por su alto nivel de pobreza estructural. Ello se debe en parte por la gran cantidad de viviendas precarias y ranchos que existen en la zona que, junto con la falta de una adecuada fumigación, favorece la existencia de la vinchuca y la transmisión del parásito *Tripanosoma Cruzi*.

De acuerdo a los registros provinciales de hechos vitales, el Chagas constituyó la primera causa de muerte en 1980-82 con el 11,88% del total de las defunciones (13,1% entre los varones y 10,7 entre las mujeres). En 1990-92 fue desplazada al segundo lugar, aunque su participación sobre el total subió al 13,78% (14,1% entre los varones y 13,2% entre las mujeres).

Las tasas de mortalidad observadas para esta enfermedad fueron del 79.89⁰/0000 en 1980-82 y del 122.7⁰/0000 en 1990-92, evidenciándose un incremento del 53,6%; para el sexo masculino las tasas fueron del 78.26⁰/0000 y 144.72⁰/0000 respectivamente, con un aumento del 84,9%; y para el sexo femenino, las tasas fueron del 81.63⁰/0000 y 98.68⁰/0000, observándose un incremento del 20,9% entre ambos períodos. Se puede apreciar un importante crecimiento de la tasa de mortalidad por Chagas, especialmente entre los varones. Es llamativo que la tasa de mortalidad del trienio 1980-82 fuera más alta

para las mujeres que para los varones, lo que se revirtió bruscamente en el trienio 1990-92.

Desde otro punto de vista y para evaluar con mayor precisión la incidencia del Chagas, es necesario analizar su íntima relación con las complicaciones cardíacas que ocasiona en la mayoría de los infectados. En base a las explicaciones de los especialistas (Pinto Dias, 1984; Madoery, 1992), se podrían considerar de manera conjunta las defunciones registradas por Chagas y aquellas del aparato circulatorio que podrían presumirse de origen chagásico. Ellas son: embolia pulmonar, disritmia cardíaca, otras enfermedades de la circulación pulmonar y otras formas de enfermedades del corazón y enfermedad cerebrovascular aguda pero mal definida. En el trienio 1980-82 el porcentaje de todas estas causas y Chagas alcanzaron el 38,1% del total, mientras que en 1990-92 llegaron al 47%.

Estos resultados deben tomarse con precaución ya que no se refieren a defunciones probadamente ocasionadas por el mal de Chagas, sino en las que se presume una probable intervención de esta enfermedad. Sería importante ahondar el análisis de estos registros a fin de comparar otras variables como el sexo y la edad de los fallecidos en estos grupos de causas.

X- DEFUNCIONES POR TUMORES MALIGNOS

Los tumores han representado en Río Seco la tercera causa de muerte entre 1980-82 con un 10,4% del total, y la segunda causa entre 1990-92 con el 16,25% junto con las infecciosas-parasitarias. En el primer período afectó mayormente a los varones (17,2%) sobre las mujeres (15,6%), mientras que una década después se revirtió esta relación (15,3% para varones y 17,9% para mujeres). En cuanto a las edades pico en las que se concentraron la mayor cantidad de decesos, en el primer trienio se verificaron en los grupos de 70-74 y 75-79 años (23,8% del total cada uno), y en el segundo trienio el pico descendió sensiblemente a los 55-59 años (17,4%).

En ambos períodos se han mantenido en primer lugar los tumores del aparato digestivo (52,4% en 1980-82 y 50% en 1990-92), luego los del aparato respiratorio (23,8 y 17,4%), y en tercer lugar los génito-urinarios (19,1 y 13%). Se advierte también que en el período 1990-92 aumentaron los tumores no especificados y aparecen las defunciones por tumores encefálicos, óseos y leucemia.

Se pudo destacar el fuerte aumento de tumores malignos de esófago, digestivos mal definidos y páncreas. Sería recomendable indagar acerca de los

hábitos alimentarios de los habitantes de Río Seco, así como del grado de potabilidad del agua destinada a consumo humano para relacionarlos con el creciente número de defunciones registradas por cáncer digestivo.

XI- MORTALIDAD INFANTIL

En el Departamento Río Seco se han registrado tasas de mortalidad infantil que fluctúan notablemente. Esto puede responder al escaso número de defunciones de menores de un año, lo que otorga a cada deceso un importante peso relativo sobre el nivel de la tasa. Por otra parte el número de nacimientos es bastante variable, fenómeno que también influye en la inestabilidad de la tasa.

Para el cálculo de las tasas se tomaron los promedios de períodos amplios de años. Se tiene así que entre 1976-86 la mortalidad infantil fue del 36.09‰, y para 1987-95 alcanzó el 29.68‰, indicadores que parecen más confiables para el nivel de mortalidad general del Departamento Río Seco. Se puede apreciar una disminución de la tasa, pero aún así los valores superan ampliamente el nivel aceptable del 20‰.

En cuando a la mortalidad neonatal se obtuvo una tasa del 18‰ para el período 1976-86 y del 17.2‰, mientras que para la mortalidad post-neonatal las tasas fueron del 18.1 y 12.48‰ respectivamente. Se observa que una baja de la mortalidad post-neonatal, mientras se mantiene prácticamente la mortalidad neonatal.

Considerando ahora la mortalidad por causas, se verificó que en el trienio 1980-82 de las 12 defunciones registradas 5 se originaron por causas mal definidas que impide apreciar su composición, 3 por afecciones infecciosas-parasitarias, 3 por causas perinatales y 1 por influenza. Se podría estimar una alta participación de causas exógenas en estas muertes, ya que sólo 3 se debieron a causas endógenas o propias de la salud de los recién nacidos (perinatales y congénitas).

Para el trienio 1990-92 se registraron 18 decesos de menores de 1 año, de los cuales 7 fueron de origen perinatal, 4 por anomalías congénitas, y 2 por afecciones respiratorias. En las defunciones de este período predominaron los factores endógenos sobre los exógenos (11 de 18).

Teniendo en cuenta la evolución entre un período y otro se puede apreciar el sensible mejoramiento en la definición de las causas de muerte (5 en 1980-82 y 1 en 1990-92), el descenso de las afecciones infecciosas-parasitarias fatales (3 a 1) y el incremento de las defunciones de origen perinatal y respiratorias. Por otra parte aparecen fallecimientos por anomalías congénitas y

por enfermedades del aparato circulatorio y digestivo entre otras. Cabe destacar también el descenso de la incidencia de los factores exógenos en ambos períodos.

Considerando en particular la mortalidad postneonatal, en 1980-82 las principales causas de muerte registradas fueron las infecciones intestinales mal definidas y otras causas mal definidas. En cambio entre 1990-92 las principales causas de muerte fueron la neumonía, las anomalías congénitas y las enfermedades perinatales.

XII- ESPERANZA DE VIDA

En el presente trabajo se aborda el cálculo de la esperanza de vida al nacer para Río Seco en los períodos considerados a fin de disponer de estas medidas "resumen" de la mortalidad global, y poder apreciar su evolución entre 1980 y 1992. La principal dificultad que se planteó fue el escaso número de defunciones registradas en la población estudiada.

Otra limitación es el alto nivel de esperanza de vida comparado con los valores provinciales que resulta de aplicar directamente las tasas específicas de mortalidad en base a los registros de defunciones, por lo que se impuso la necesidad de aplicar métodos de construcción de tablas de vida que ajustaran los valores observados a tablas modelos o procedimientos de corrección. Por lo tanto se decidió aplicar los métodos informáticos disponibles para el cálculo de la esperanza de vida, explicitar los procedimientos aplicados y evaluar los distintos resultados obtenidos.

Junto con el método LTPOPDTH (Arriaga, 1994b) se utilizaron la población y defunciones de Río Seco por grupos de edad, y a la población proyectada al 30 de junio de 1981 y la censada en 1991. Se utilizaron además los factores de separación de la tabla modelo Oeste de Coale-Demeny, y las tasas promedio de mortalidad infantil correspondientes a 1976-86 (36.09‰) y 1987-95 (29.68‰).

En cuanto a las esperanzas de vida para ambos sexos se obtuvo un nivel de 70.07 años para el período 1980-82, mientras que para 1990-92 se tuvo 68.91 años. Se puede observar una baja de este indicador entre 1980-92, lo que implicaría un aumento en el nivel global de la mortalidad y un deterioro en la salud general de la población. Si bien se estima que hubo una efectiva disminución de la esperanza de vida del Departamento Río Seco, el valor obtenido para 1980-82 (70.07 años) parece algo elevado si se lo compara con el correspondiente al total

provincial (70.82 años). Se considera como más probable ubicarlo en los **69.5** años aproximadamente.

Asimismo se considera que mientras la provincia de Córdoba aumentó en casi 2 años la esperanza de vida entre 1980-92 (de 70.82 a 72.79 años), Río Seco ha disminuido su expectativa de vida en igual período, en un valor que oscilaría entre 0.59 y 1.16 año. Mientras en 1980-82 la diferencia con la provincia era de 0.75 a 1.32 año (estimado), para 1990-92 dicha diferencia se elevó a 3.88 años.

Finalmente se cree oportuno advertir que estos resultados deben ser considerados como experimentales y no definitivos, debido a las limitaciones expuestas al comienzo de este apartado.

XIII- CONCLUSIONES

La conclusión general que se puede obtener de lo expuesto hasta aquí es la verificación de un aumento del nivel global de la mortalidad del Departamento Río Seco en el período 1980-92. Esto se puede percibir a partir de los incrementos en las tasas brutas, tasas específicas y más evidentemente en la persistencia de la mortalidad infantil registrada alrededor del 30‰. La disminución de la esperanza de vida al nacer resume de alguna manera, y con las limitaciones señaladas, esta tendencia.

De los distintos componentes de la mortalidad analizados se advierten como grupos críticos a los menores de 5 años y a los comprendidos entre las edades 40-64 años. El sexo masculino por su parte ha incrementado llamativamente su mortalidad en comparación con el femenino, presentando como edades críticas a los grupos de 20-24, 40-49 y 55-64 años.

En cuanto a la estructura de la mortalidad, Río Seco presenta una composición propia de zonas urbanas, que no condice con el carácter netamente rural y pobre que caracteriza su población. Las defunciones originadas en el aparato circulatorio igualan en porcentajes al total provincial, debiéndose destacar su alta proporción de mal definición de su causa específica y su alta probabilidad de relación con la enfermedad de Chagas. Para la disminución de este grupo de fallecimientos se recomienda una mayor labor médica preventiva y la orientación de los pacientes, tales como una dieta apropiada, ejercicio físico (caminatas por ejemplo), reducción del consumo de alcohol y tabaco y realización de estudios cardiológicos periódicos.

Teniendo en cuenta los decesos ocasionados por tumores malignos y por afecciones de los sistemas digestivo y respiratorio, se sugiere el estudio profundo

de la alimentación y hábitos de vida de la población. Se recomienda la diversificación de los alimentos, la moderación en el consumo de alcohol y tabaco, como también el cuidado de la salud dental. Cabe destacar que deben realizarse inmediatos esfuerzos por incrementar la disposición de agua potable, cuya ausencia puede suponerse claramente en este tipo de afecciones fatales.

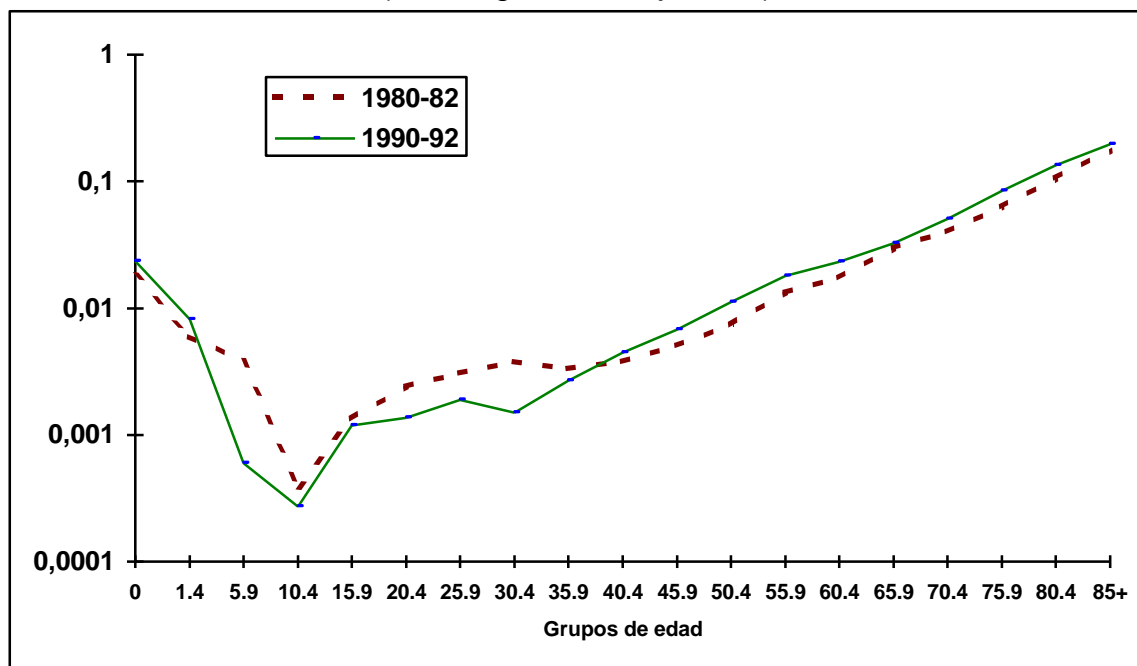
En relación con la enfermedad de Chagas se advierte en los datos expuestos el influjo de la presencia endémica del parásito y el incremento de su letalidad. Considerando su identificación explícita junto con el grado de complicaciones cardíacas que provoca, se podría presumir una injerencia en casi la mitad de los decesos registrados en 1990-92, configurándose así como primera causa probable de muerte en dicho período.

La principal razón de prevalencia del mal de Chagas es la baja condición socio-económica de la población y la falta de una política determinante en la erradicación de la enfermedad. Los medios principales de prevención son la fumigación regular de las viviendas y lugares de trabajo, como también el remplazo de los ranchos por casas de material convencional. Al respecto caben las recomendaciones del Dr. Pinto Dias (1984), que centra su atención en el mejoramiento de las condiciones socio-económica y cultural de la población, como también su participación activa en las acciones preventivas.

Finalmente no debemos descuidar la calidad de la atención sanitaria en la región estudiada. Para ello se sigue la investigación realizada por la Mag. Viviana Masciadri (1997), quien analizó la relación entre la demanda y oferta de personal de salud en la provincia de Córdoba. En el Departamento Río Seco detecta 18 localidades que se presentan como vacíos sanitarios, y para el resto del territorio son perfectamente aplicables las consideraciones hechas sobre la Zona Sanitaria I, del que forma parte: la atención médica es prestada mayoritariamente por puestos sanitarios con una cobertura limitada, la persistencia de vacíos sanitarios y la existencia de una importante demanda de salud no atendida.

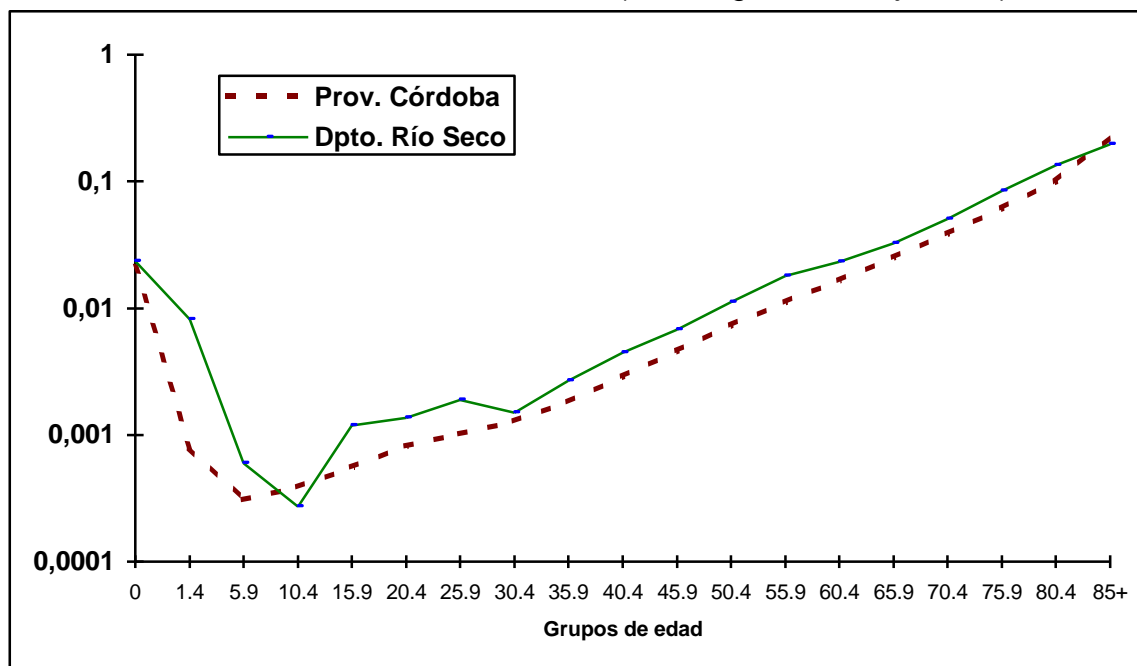
Al citado análisis sólo cabe agregarle que la disminución de la oferta de salud y educación que lleva adelante el Estado provincial, junto con las demoradas obras de infraestructura vial y de servicios esenciales como el agua potable, provocan un constante agravamiento de la salud general de la población. Las soluciones que se requieren para revertir este crítico panorama implican la adopción de un conjunto amplio de medidas que apunten a morigerar la grave crisis socioeconómica que padece tradicionalmente el Departamento Río Seco.

GRÁFICO I: Tasas específicas de mortalidad de Río Seco, ambos sexos, 1980-92
(semi-logarítmico ajustado).



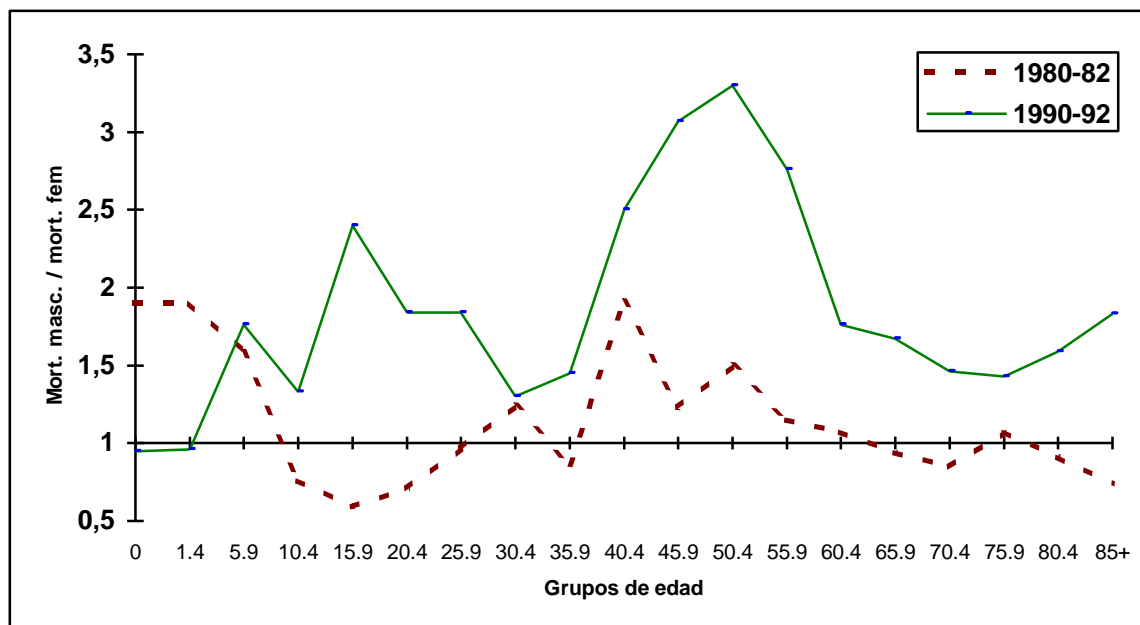
FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

GRÁFICO II: Tasas específicas de mortalidad del Dpto. Río Seco y la provincia de Córdoba, ambos sexos, 1990-92 (semi-logarítmico ajustado).



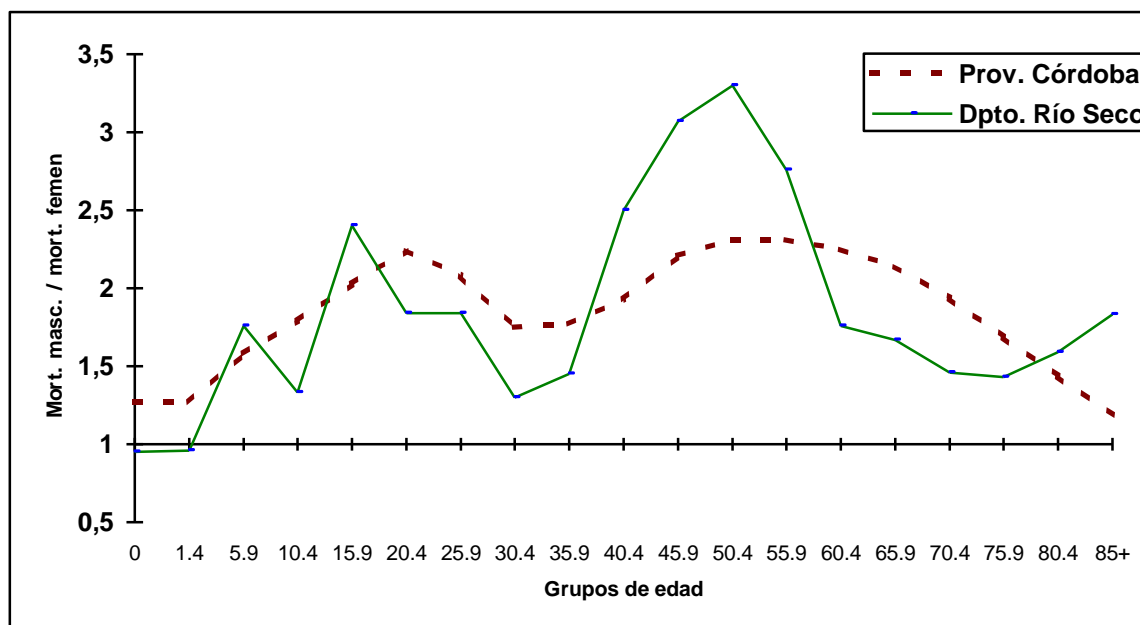
FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

GRÁFICO III: Sobremortalidad masculina por edades, Dpto. Río Seco, 1980-92.



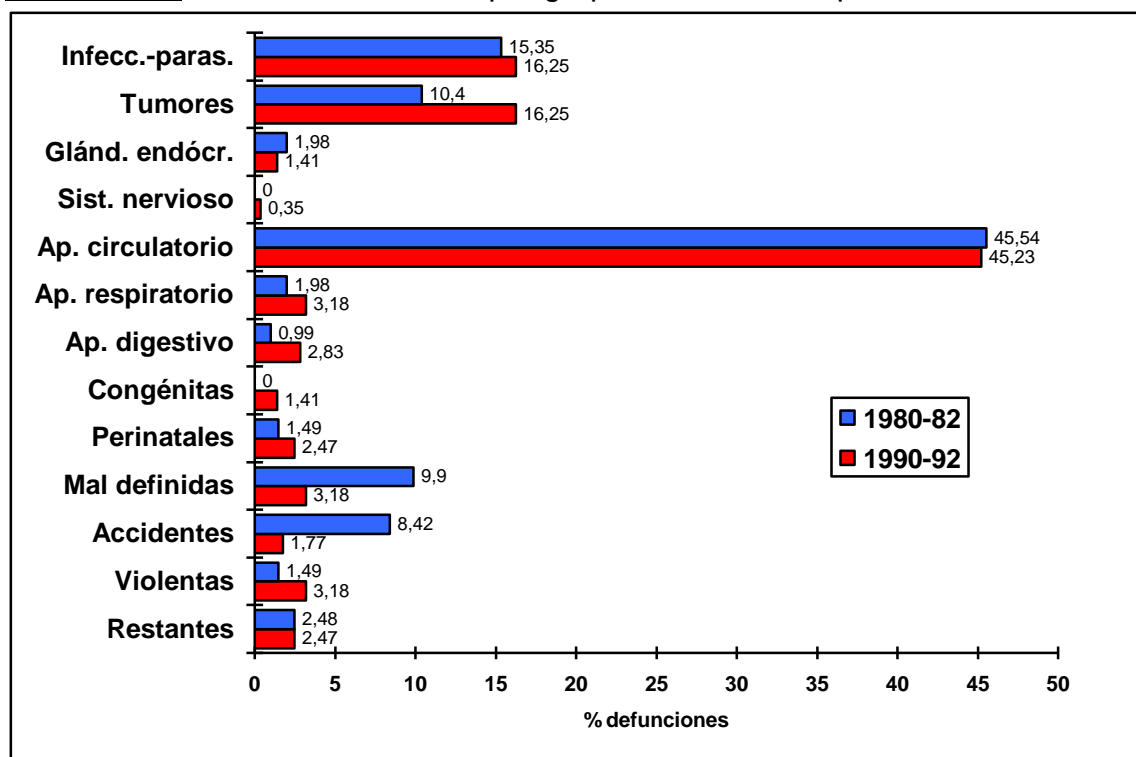
FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

GRÁFICO IV: Sobremortalidad masculina por edades, Dpto. Río Seco y provincia de Córdoba, 1990-92.



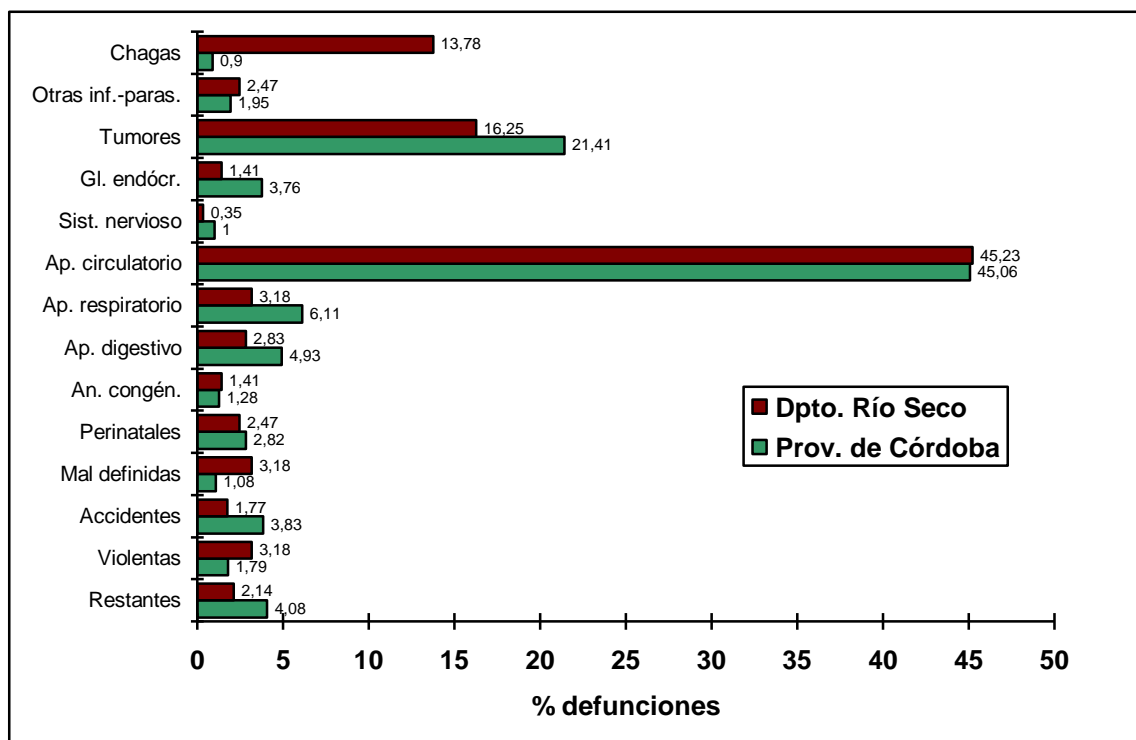
FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

GRÁFICO V: Defunciones totales por grupos de causas, Dpto. Río Seco, 1980-92.



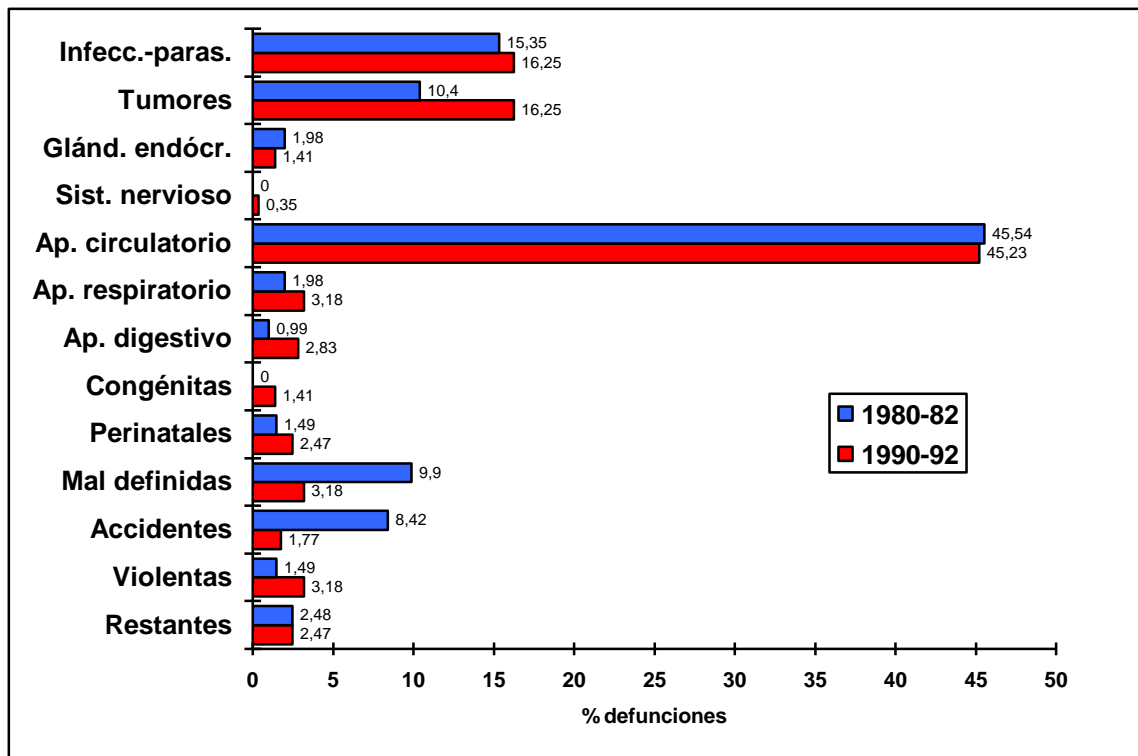
FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

Gráfico VI: Defunciones totales por grupos de causas, Prov. de Córdoba y Dpto. Río Seco, 1990-92.



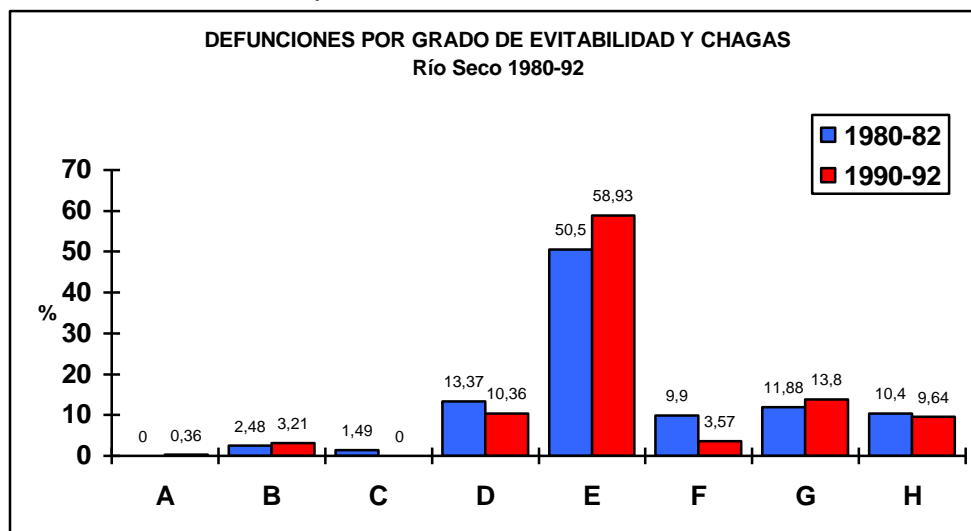
FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

GRÁFICO VII: Defunciones totales por grupos de causas, Dpto. Río Seco, 1980-92.



FUENTE: Tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

GRÁFICO VIII: Defunciones totales por grado de evitabilidad y Chagas, Departamento Río Seco, 1980-92.



FUENTE: Elaboración propia en base a los tabulados de defunciones del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba.

Referencias:

- A- Por vacuna o tratamiento preventivo.
- B- Por diagnóstico y tratamiento precoces.
- C- Por medidas de saneamiento ambiental.
- D- Por aplicación de un conjunto de medidas.

- E- Difícilmente evitables en la actualidad.
- F- Mal definidas.
- G- Chagas.
- H- Restantes.

BIBLIOGRAFÍA

- ARRIAGA, Eduardo y Asociados: Population Analysis with microcomputers; U.S. Bureau of the Census, 1994.
- ARRIAGA, Eduardo: "La mortalidad en la Capital Federal y en tres provincias norteñas", III Jornadas Argentinas de Estudios de Población; Universidad Nacional de La Pampa, 1995.
- I.N.D.E.C.: Análisis demográfico 4; Buenos Aires.
- _____ : Censo Nacional de Población y Vivienda 1980; Buenos Aires.
- _____ : Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 - Resultados definitivos Córdoba; Buenos Aires, 1993.
- _____ : Tablas de mortalidad 1980-81; Buenos Aires.
- MADOERY Roberto y Colaboradores: "Síntesis, comentarios e interrogantes" en Actualizaciones en la enfermedad de Chagas; Simposio satélite, Córdoba, 1992.
- MASCIADRI, Viviana A.: "Diagnóstico y proyección de la demanda y de la oferta de personal de salud de la Provincia de Córdoba: enfermeros, médicos y odontólogos"; tesis de grado, Maestría en Demografía, Centro de Estudios Avanzados, Universidad Nacional de Córdoba, 1997.
- PINTO DIAS, João C.: Enfermedad de Chagas. Epidemiología - Clínica - Terapéutica; Programa de Salud Humana, Buenos Aires, 1984.
- SUBSECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA: "Río Seco"; Córdoba, versión informática.
- _____ : Córdoba en cifras 1994; Córdoba, Boletín Oficial, 1995.

Leandro M. González
Lic. en Ciencia Política