

## ARTICULOS ORIGINALES

## PREVALENCIA DE MALNUTRICION Y FACTORES ASOCIADOS EN MUJERES DEL PUEBLO WICHÍ DE GENERAL BALLIVIÁN, PROVINCIA DE SALTA

*Prevalence of Malnutrition and Associated Factors in Women of the Wichí People in General Ballivián, Province of Salta*Melisa Tejerina<sup>1</sup>, Couceiro Mónica<sup>1</sup>, Eduardo Estrada<sup>1</sup>, Jonatan Feliz<sup>1</sup>, José Gonzales<sup>1</sup>, José Juarez<sup>1</sup>, Ricardo Juarez<sup>1</sup>, José Luna<sup>1</sup>, Selmira Perez<sup>1</sup>, Domingo Roval<sup>1</sup>

**RESUMEN.** INTRODUCCIÓN: La malnutrición (MN) es un problema mundial. Sus causas, mecanismos y consecuencias presentan particularidades económicas, biológicas y socioculturales. En la población indígena se han demostrado prevalencias de MN infantil más altas que en la población no indígena, aunque el estado nutricional de mujeres en edad reproductiva no ha sido estudiado. OBJETIVOS: Conocer la prevalencia de MN por déficit (MND) o exceso (MNE) y los factores asociados en mujeres wichí de General Ballivián, Salta. MÉTODOS: Se determinó la prevalencia de MN por antropometría. Se consideraron variables socioeconómicas, biosanitarias y alimentarias. Se estudió a 141 mujeres (wichí, de 12 años o más, no gestantes, sin discapacidad física/mental). Se hizo un estudio de casos y controles no pareados con grupo de casos 1 MNE (80), grupo de casos 2 MND (4) y grupo control: eutróficas (Eu) (57). Los datos se procesaron con SPSS Statistics 20.0. RESULTADOS: Se registró 3% de MND, 40% de Eu y 57% de MNE, con asociación estadísticamente significativa entre MND y adolescencia y entre MNE y multiparidad, ausencia de piezas dentarias, adultez y escolaridad inadecuada. Según OR (*odds ratio*), el riesgo de MNE es mayor en multiparas y monolingües, la MNE aumenta el riesgo de pérdida de piezas dentarias y una escolaridad inadecuada aumenta casi 13 veces el riesgo de MNE. CONCLUSIONES: La prevalencia de MNE es alta, asociada a edad, multiparidad, educación inadecuada, monolingüismo y carencia de micronutrientes.

**PALABRAS CLAVE:** Mujer; Wichí; Malnutrición Mujer; Wichí; Malnutrición

**ABSTRACT.** INTRODUCTION: Malnutrition (MN) is a global problem. Its causes, mechanisms and consequences have economic, biological and socio-cultural particularities. Studies on indigenous people showed a prevalence of childhood MN higher than in non-indigenous population. However, the nutritional status of women of reproductive age has not been studied. OBJECTIVES: To know the prevalence of MN by deficit (MND) or excess (MNE) and the factors associated with it in Wichí women of General Ballivián, Salta province. METHODS: The prevalence of MN was determined by anthropometry. Socioeconomic, biohealth and food variables were considered. A total of 141 women were studied (Wichí, 12 years of age or older, non-pregnant, without physical or mental disability). A case-control study was carried out, not paired, with case group 1 MNE (80), case group 2 MND (4) and control group: eutrophic (Eu) (57). Data was processed with SPSS Statistics 20.0. RESULTS: The study showed 3% of MND, 40% of Eu and 57% of MNE, with a statistically significant association between MND and adolescence and between MNE and multiparity, absence of teeth, adulthood and inadequate schooling. According to OR (*odds ratio*), the risk of MNE is greater in multiparous and monolingual women, MNE increases the risk of loss of teeth and inadequate schooling increases the risk of MNE by almost 13 times. CONCLUSIONS: The prevalence of MNE is high, associated with age, multiparity, inadequate education, monolingualism and micronutrient deficiencies.

**KEY WORDS:** Woman; Wichí; Malnutrition

<sup>1</sup> Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina.

**FUENTE DE FINANCIAMIENTO:** Beca "Carrillo-Oñativia", otorgada por la Dirección de Investigación para la Salud (ex Comisión Nacional Salud Investiga), Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**FECHA DE RECEPCION:** 24 de enero de 2017

**FECHA DE ACEPTACION:** 30 de octubre de 2017

**CORRESPONDENCIA A:** Melisa Tejerina

Correo electrónico: melitejerina@yahoo.com.ar

Registro RENIS N°: IS009764

**INTRODUCCION**

Los wichí constituyen un pueblo cazador/recolector, que habita desde siglos antes del proceso de la conquista española en la zona del Chaco Salteño o Chaco Sudamericano.

Las mujeres como grupo poblacional, especialmente en la etapa reproductiva, requieren de acciones de salud específicas. No obstante, en Salta, la cobertura de programas de salud pública destinados a control, monitoreo de crecimiento y desarrollo, atención y asistencia sólo incluyen a menores de 6 años y a las embarazadas, dejando al resto de mujeres fuera de las acciones prioritarias<sup>1,2</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>3</sup> y diversos

autores, como Almeida Filho<sup>4</sup> y Monteiro<sup>5</sup>, coinciden en que la condición étnica y de género influye en la salud. Aunque la cuestión indígena ha tomado cierta relevancia en los últimos años, no se conoce con precisión su situación alimentaria y nutricional.

Diversos estudios señalan que las deficiencias nutricionales son el principal desafío que la PI (población indígena) muchas veces concomitantes con obesidad. Mientras tanto, el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre los adultos también reviste serios problemas para estas poblaciones, por lo que es importante determinar perfiles nutricionales ante diversos contextos<sup>1,6</sup>.

Los estudios sobre mujeres centran su atención en patologías propias del sistema reproductivo, las enfermedades de transmisión sexual o se focalizan en el embarazo, parto y puerperio.

A su vez, la OMS recomienda realizar estudios específicos para los diferentes grupos étnicos, con el fin de establecer puntos de referencia para evaluar su salud y nutrición<sup>3</sup>.

En países como México y Brasil se han realizado estudios sobre la salud y el estado nutricional, principalmente de niños y embarazadas. En Argentina, los estudios sobre PI se han abordado principalmente desde la antropología; aunque los desarrollados desde el campo de la salud son más escasos, la bibliografía consultada insiste en que la situación sanitaria de los PI es crítica, especialmente para las comunidades cazadoras y recolectoras, como los wichí, que al ser expulsados de sus territorios fueron progresivamente despojados de sus medios de subsistencia, privados de múltiples recursos y expuestos a una situación de extrema vulnerabilidad<sup>6,7</sup>. Un estudio realizado en General Ballivián por la Universidad Nacional de Salta describe los efectos de la deforestación en sus habitantes: despojo, pérdida irreparable de los medios de subsistencia, deterioro de la salud, incremento de la desnutrición, hambrunas y mortalidad. A esto se suma el uso indiscriminado de agrotóxicos, la contaminación, las restricciones a la libre circulación, la migración forzada y los conflictos internos entre comunidades<sup>8</sup>.

El objetivo del presente estudio fue conocer la prevalencia de malnutrición por déficit (MND) o exceso (MNE) y los factores asociados a ella en mujeres wichí de General Ballivián, provincia de Salta, a fin de generar evidencia científica que contribuya a la toma de decisiones y acciones culturalmente pertinentes para mejorar la calidad de vida de esta población.

## MÉTODOS

En primera instancia se hizo un estudio para determinar la prevalencia de MNE y MND por antropometría a través del índice de masa corporal (IMC), para el cual se tomó registro de peso y estatura. De acuerdo con lo que establece la OMS, se consideró IMC entre 18 y 24,9 eutróficas (Eu), IMC<18 MND e IMC>24,9 MNE.

La población de estudio estuvo constituida por 318

mujeres wichí de siete comunidades, sobre las cuales se decidió conformar una muestra basada en los siguientes criterios de inclusión: ser mujer, wichí, de 12 años o más, no gestante, sin discapacidad física ni mental. Un total de 150 cumplieron los criterios de inclusión. Al momento de solicitar a cada una el consentimiento informado, 9 no aceptaron y fueron excluidas del estudio.

La muestra quedó conformada por 141 mujeres de las 7 comunidades: 17 de Tierras Indígenas, 6 de Mistol, 24 de Pastor Senillosa, 28 de Guayacán, 26 de Tres Lapachos, 28 de Quebrachal y 12 de Quebrachal I.

Se estudiaron las siguientes variables socioeconómicas: lenguaje (bilingüe: wichí y castellano; monolingüe: wichí), escolaridad alcanzada (analfabeta: nunca asistió a la escuela; adecuada a la edad: repitencia hasta 2 años; inadecuada: más de 2 años de repitencia o abandono escolar), asistencia social y alimentaria de cualquier modalidad y material de la vivienda.

Las variables biosanitarias fueron: edad: (adolescente: menos de 20 años; sin riesgo reproductivo: entre 20 y 35; adultas: más de 36), paridad (nulíparas; 1-3 hijos; múltiparas: 4 o más hijos), signos clínicos: ausencia de piezas dentarias, despigmentación del cabello y lactancia (presente/ausente para cada una), agua segura intra o extradomiliaria, y distancia al servicio de salud más cercano (menos de 2 km, entre 2 y 5 km, más de 5 km). Las variables alimentarias comprendieron prácticas familiares de caza, recolección y producción de alimentos para consumo (presente/ausente).

Los datos se obtuvieron mediante entrevistas con un formulario semiestructurado, que fue validado previamente en una prueba piloto y corregido. Cada entrevista se realizó con la presencia y colaboración de representantes de la comunidad (presidente, cacique o voluntaria).

El consentimiento informado fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta.

En una segunda instancia, determinadas las prevalencias, se realizó un estudio de casos y controles, no pareados. Se conformó un grupo control (Eu, N=57), un grupo de casos 1 (MND, N=4) y un grupo de casos 2 (MNE, N=80).

El análisis estadístico se hizo en SPSS Statistics 20.0. Se calcularon estadísticos descriptivos, medidas de asociación Chi cuadrado ( $X^2$ ) y *odds ratio* (OR). Se determinó 95% de nivel de confianza.

## RESULTADOS

La media observada para peso y estatura fue de 60,8 kg (DS: 6 kg) y 154 cm (DS: 5 cm), respectivamente. En el Gráfico 1 se puede observar la prevalencia de malnutrición según edad.

La media de edad fue de 29 años (DS: 12); la mayor tenía 74 y la menor, 12. El 33% era adolescente, 36% estaba en edad sin riesgo reproductivo y 31% tenía 36 años o más. La media de hijos fue de 3 (DS: 2). El 37 % era múltipara, un 42% tenía entre uno y tres hijos y un 21%, ninguno.

El 16% era monolingüe (wichí). El 87% tenía escolari-

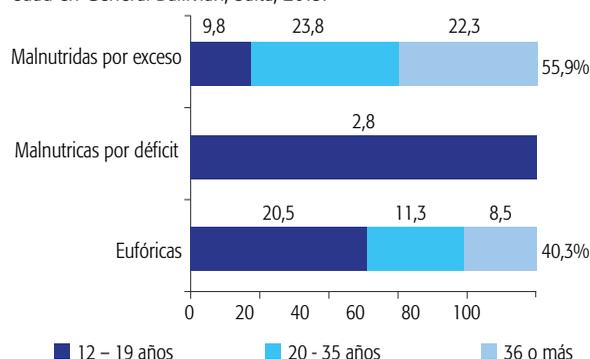
zación inadecuada para la edad, hubo 18% de analfabetismo y apenas 1 había alcanzado el terciario. Los casos de MNE y MND presentaban las frecuencias más altas de analfabetismo y escolaridad inadecuada. La única mujer que cursaba el terciario y las que se encontraban en el secundario era Eu.

La asistencia social y alimentaria fue más frecuente en el grupo de casos que en el de control, con predominio de la Asignación Universal por Hijo y la dación de leche en polvo proporcionada por APS (Atención Primaria de la Salud) (ver Cuadro 1).

El 95% de las viviendas es de madera.

El porcentaje de mujeres con ausencia de piezas dentarias se duplica en el grupo con MNE respecto a las Eu,

**GRAFICO 1.** Prevalencia de malnutrición en mujeres wichi según edad en General Ballivián, Salta, 2015.



Fuente: Elaboración propia.

**CUADRO 1.** Distribución de frecuencias de casos y controles según variables socioeconómicas en General Ballivián, Salta, 2015.

Variables	Eutróficas Control		MND* Casos 1		MNE † Casos 2		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Idioma</b>								
Monolingüe	4	2,8	0	0	19	13,4	23	16,2
Bilingüe	53	37,5	4	2,8	61	43,2	118	83,5
<b>Grado de escolaridad</b>								
Analfabeta	6	4,2	0	0	19	13	25	17,2
Primaria incompleta	31	22	2	1,4	42	30	75	53,4
Primaria completa	9	6	0	0	14	10	23	16
Secundaria incompleta	1	0,7	0	0	2	1,4	3	2,1
Secundaria completa	1	0,7	0	0	1	0,7	2	1,4
Secundaria en curso	8	5,6	2	1,4	2	1,4	12	8
Nivel terciario en curso	1	1,4	0	0,0	0	0	1	1,4
<b>Asistencia social</b>								
Sí recibe	26	18	1	0,7	47	33	74	51
No recibe	31	21	3	2,1	33	23,4	67	46,5
<b>Asistencia alimentaria</b>								
Sí recibe	39	28	3	2	56	39,7	98	69,7
No recibe	18	13	1	0,7	24	17	43	31
<b>Material de la vivienda</b>								
Madera	51	36	4	2,8	62	43,9	117	83
Plásticos	0	0	0	0	2	1,4	2	1,4
Plásticos y madera	4	2,8	0	0	9	6,3	13	9
Material de construcción	2	1,4	0	0	7	4,9	9	6

\*Malnutrición por déficit; † Malnutrición por exceso

Fuente: Elaboración propia.

y la despigmentación del cabello también es mayor en MNE (ver Cuadro 2).

Las prácticas de recolección, caza y autoproducción destinadas a mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos son más frecuentes en el grupo con MNE. La recolección se centra en madera y chaguar (planta autóctona de la que, luego de un proceso de manipulación, se obtiene fibra), que se usan para carpintería y tejidos/artesanías, respectivamente. Todas recolectan leña, único material utilizado como combustible para cocción de alimentos y/o generación de calor en las épocas de frío y sólo un 12% recolecta alimentos (miel y frutas).

Se observó asociación estadísticamente significativa entre MND y adolescencia ( $X^2 = 3,8$ ; 1 gl (grados de libertad);  $p < 0,03$ ), MNE y multiparidad ( $X^2 = 5,6$ ; 1 gl;  $p < 0,01$ ), MNE y ausencia de piezas dentarias ( $X^2 = 8,4$ ; 1 gl;  $p < 0,04$ ), MNE y adultez ( $X^2 = 18,7$ ; 1 gl;  $p < 0,04$ ) y MNE y escolaridad inadecuada ( $X^2 = 15,7$ ; 1 gl;  $p < 0,01$ ).

Según OR, se observó que ser monolingüe aumenta casi 3 veces el riesgo de MNE (OR 3; IC95%: 0,7-12,5), que la multiparidad duplica el riesgo de MNE (OR 2,4; IC95%: 1,15-5) y que la MNE triplica el riesgo de perder piezas dentarias (OR 2,8; IC95%: 1,39-1,5), mientras que la escolaridad inadecuada incrementa casi 13 veces el riesgo de MNE (OR 12,7; IC95%: 2,7-58,5) (ver Cuadro 3).

**CUADRO 2.** Distribución de frecuencias de casos y controles según variables biosanitarias en General Ballivián, Salta, 2015.

Variables	Eutróficas Control		MND* Casos 1		MNE † Casos 2		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
<b>Categoría de edad</b>								
Adolescente	29	20	4	2,8	14	10	47	32,8
20-35 años	16	11,3	0	0	34	24,1	50	35
36 años o más	12	8,5	0	0	32	22,6	44	31,1
<b>Paridad</b>								
Nulipara	22	15,6	4	2,8	4	2,8	30	21,2
1-3 hijos	20	14,1	0	0	39	27,6	59	41,7
Multipara	15	10,6	0	0	37	26,2	52	36,8
<b>Despigmentación del cabello</b>								
Sí	15	10,6	0	0	29	20	44	30,6
No	42	29,7	4	2,8	51	36,7	97	69,2
<b>Ausencia de piezas dentarias</b>								
Sí	25	17,7	0	0	55	39	80	57,0
No	32	22,6	4	2,8	25	18	61	43,0
<b>Disponibilidad de agua segura</b>								
Dentro del hogar	56	39,7	4	2,8	77	55	137	97,5
Fuera del hogar	1	0,7	0	0	3	2,1	4	3,5
<b>Lactante</b>								
Sí	14	10	0	0	31	22	45	32,0
No	43	30	4	2,8	49	34,7	96	68,0
<b>Distancia entre el hogar y un servicio de salud</b>								
Menos de 2 km	34	24,1	1	0,7	48	34	83	59
2 a 5 km	8	5,6	1	0,7	15	10,6	24	17
Más de 5 km	15	10,6	2	1,4	16	11,3	33	23

\*Malnutrición por déficit; † Malnutrición por exceso

Fuente: Elaboración propia.

**CUADRO 3.** Razón de posibilidades (OR).

Variable	OR	IC 95%	p <0,05
Multiparidad y MNE	2,4	1,15-5	0,01
MNE y pérdida dentaria	2,8	1,39-1,5	0,04
Escolaridad inadecuada y MNE	12,7	2,7-58,5	0,01
Monolingüismo y MNE	3	0,7-12,5	0,04

†Malnutrición por exceso  
Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSION

Los resultados demuestran una alta prevalencia de MNE en un contexto de pobreza estructural y de inseguridad alimentaria (IA) permanente. Desde la segunda mitad del siglo XX, los países de América Latina viven procesos de transición alimentaria y nutricional, con cambios en los perfiles epidemiológicos. El concepto de transición nutricional se refiere a los cambios en las pautas de nutrición debidos a la modificación de la estructura alimentaria de las poblaciones, consecuencia de transformaciones políticas, económicas, sociales, demográficas y sanitarias<sup>9</sup>. No obstante, el concepto de transición no implica particularmente un fenómeno positivo, de desarrollo o mejora de la salud.

El perfil observado presenta características acordes a las descritas en dichos procesos, con cambios de escenarios en los que hasta hace algunos años prevalecía la MND hacia escenarios en donde las prevalencias más altas corresponden a la MNE y que, sin embargo, enmascaran deficiencias de micronutrientes.

Monteiro<sup>9</sup> plantea que se trata de una forma de trastorno nutricional en la que coexisten la obesidad junto al déficit de micronutrientes u otras enfermedades carenciales, sobre todo en los grupos socioeconómicos más pobres; y que ese trastorno puede presentarse a nivel familiar (madres obesas y niños desnutridos) o individual (obesos con retraso del crecimiento y anemia). En consecuencia, se podría decir que existen varias obesidades asociadas a patrones geográficos, étnicos y culturales, cuya comprensión debe reflejarse en la investigación y la formulación de políticas públicas.

Un punto clave para comprender la situación de la población estudiada es la restricción progresiva de sus formas tradicionales de acceso a los alimentos, basadas en la caza y recolección del medio circundante (hoy prácticamente nulas). Esto es consecuencia principalmente del avance de la frontera agropecuaria sobre los territorios habitados; las personas se ven forzadas a establecerse en la periferia de algunos poblados como General Ballivián, como comunidades o asentamientos muy precarios, sin acceso o con acceso restringido a servicios públicos<sup>8,10</sup>.

Las comunidades de General Ballivián tuvieron acceso al agua recién en 2013, cuando se instalaron cinco tanques de agua (que, si bien mejoraron el acceso, no dejan de ser un riesgo para la salud por las condiciones precarias del sistema que la transporta a cada vivienda).

La IA se debe sobre todo a la inaccesibilidad física y económica: en primer lugar, por falta de acceso a las fuentes tradicionales; y en segundo término, por una baja capaci-

dad de compra. El bajo nivel educativo y la desocupación dificultan el acceso a trabajos estables y bien remunerados.

Cuando existen recursos económicos, las posibilidades igualmente son limitadas y siempre están condicionadas por el precio de los alimentos, que se eligen con un criterio económico, buscando que sean rendidores y produzcan saciedad. La selección suele apuntar principalmente a los cereales, que aportan una cantidad importante de calorías y una baja cantidad y calidad de proteínas y micronutrientes<sup>11</sup>.

La asistencia social y alimentaria resulta insuficiente desde el punto de vista nutricional y culturalmente inadecuada. Además, su carácter focalizado (menores de edad y/o embarazadas) deja sin cobertura al resto de la familia.

La caza y la recolección presentes no realizan aportes nutricionales significativos, pero evidencian prácticas culturales vivas que deben considerarse como prácticas de salud.

La etiología multicausal (biológica/genética, ambiental y social) de la malnutrición (MN) está vastamente demostrada. La etnia y el género influyen en la salud de las personas. Según la OMS, constituyen determinantes sociales<sup>12</sup>; para autores como Almeida Filho, operan como marcadores de riesgo<sup>4</sup>.

Diversos estudios afirman que, ante la escasez de alimentos, las mujeres son las primeras en relegar su alimentación a favor de la de sus familias, especialmente los niños, y que su estado nutricional repercute en todo el núcleo familiar<sup>13,14</sup>.

Conceptos como la feminización de la pobreza y feminización del hambre describen la tensión que sufren las mujeres frente al hambre familiar y local, demostrando que los problemas nutricionales y alimentarios se viven de forma diferente entre hombres y mujeres del mismo hogar, de la misma clase o incluso ante una misma situación crítica<sup>15</sup>.

Es importante considerar también que el trabajo doméstico desarrollado por las mujeres incrementa sus necesidades energéticas y nutricionales, más aún si se encuentran en período de lactancia.

Se ha demostrado asimismo que existe una tendencia ascendente en la prevalencia de obesidad, especialmente entre las mujeres pobres. Se trata de un fenómeno que engloba un problema complejo de desigualdad social<sup>5</sup>.

En PI como la wichí, las formas de organización social y los vínculos familiares son diferentes a los de las sociedades no indígenas o criollas, en las cuales las mujeres ocupan posiciones subordinadas frente a los varones. Aunque en el marco de este estudio no se puede afirmar que las mujeres wichí vivan subordinadas respecto a los varones dentro de sus comunidades, su condición de género y etnia pesan de manera importante y las tornan más vulnerables al ser usuarias de instituciones estatales, como en el sistema de salud<sup>12,13,15</sup>.

En consonancia con esto, hay estudios que demuestran cómo las diferencias culturales entre la PI y no indígena producen y reproducen efectos negativos, que se traducen en prácticas discriminatorias hacia los indígenas, principalmente las mujeres<sup>16,17</sup>.

Siguiendo con el análisis de la MN, los resultados obtenidos

demuestran que el mayor porcentaje de MNE se distribuye entre las adultas y que la multiparidad es un factor de riesgo. A su vez, la pérdida de dientes y la despigmentación capilar, consideradas como signos clínicos específicos y de aparición tardía en la secuencia fisiopatológica de las deficiencias nutricionales<sup>18</sup>, se distribuyen de forma más homogénea en toda la población observada. Estas deficiencias generan daños irreversibles en las mujeres, que se advierten en el deterioro físico de sus cuerpos, de sus rostros y en una apariencia de mayor edad.

La morbilidad que trae aparejada la MNE es otro punto importante a considerar; se trata de un factor de riesgo para la incidencia de ECNT y otras como la anemia. Frente a este escenario, todo indica que las demandas de atención médica, cuidados y tratamientos serán cada vez mayores y que, en un contexto atravesado por diferencias culturales como el lenguaje y en zonas geográficas adversas y lejanas, el acceso a la salud puede estar condicionado o restringido.

Si bien se ha reconocido que las PI requieren una atención diferenciada<sup>1</sup>, el abordaje se centra únicamente en niños y gestantes, lo que deja a un sector poblacional importante sin vigilancia epidemiológica.

Según la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, el 1,2% de niños en Argentina tienen desnutrición (DSN) grave y 3,8% DSN crónica<sup>19</sup>. Comparados con estudios similares pero enfocados en niños indígenas, estos datos muestran diferencias claras. Por ejemplo, en una investigación realizada en población wichi de menos de 1 año en los departamentos Rivadavia y Santa Victoria Este (Salta), la prevalencia fue de 62,4% de DSN crónica y 37,5% de DSN grave<sup>20</sup>. En otro estudio efectuado en mbya guaraníes en Misiones, la prevalencia fue de 61,3% de DSN crónica en niños de 1 a 6 años y de 47,8% en menores de 1 año<sup>21</sup>.

Un estudio realizado en chilenos de 4 y 5 años demostró el efecto combinado de variables antropométricas y socioeconómicas en el desarrollo de obesidad infantil. La variable más asociada fue la obesidad de la madre, mientras que el estado nutricional de las mujeres previo a la gestación se vinculó al peso de los recién nacidos<sup>22, 23</sup>. Además se ha observado que la obesidad de los pobres se asocia a episodios de DSN en la edad temprana, incluso durante la vida intrauterina. Estas carencias generan una respuesta de adaptación al escaso aporte de energía que, en sucesivas etapas de mayores ingestiones, puede producir aumento de peso<sup>24</sup>. Sin embargo, el factor hereditario no se limita a lo biológico, sino que también comprende una dimensión social relacionada al acceso a oportunidades y ejercicio de derechos; el nivel socioeconómico de los padres está relacionado con el de los hijos. Cuando se habla de herencia, casi siempre se alude a aspectos puramente genéticos, dejando de lado su costado social, que es crítico en la desigualdad

en salud<sup>23</sup>. La contribución relativa de los factores genéticos y de los estilos y entornos de vida heredados en la obesidad sigue siendo desconocida.

La MNE es un fenómeno mundial en ascenso. En poblaciones como la estudiada, en la que la condición de género y etnia predisponen a una vulnerabilidad mayor, resulta imperioso detener el deterioro de su salud.

Dada la complejidad de esta situación, las respuestas para su abordaje exceden al sector salud y demandan la acción de un espectro más amplio de las políticas públicas. Es fundamental superar el paradigma que piensa a las PI como beneficiarios focalizados de ciertos programas y considera a las mujeres indígenas en términos de folclore y sólo en su rol de reproductoras.

Para mejorar la salud de estas poblaciones a mediano y largo plazo en el marco de un enfoque de derechos, hay que integrar la perspectiva intercultural y de género en la praxis político-sanitaria y alentar procesos de transformación estructural que promuevan el diálogo y la tolerancia, y democratizen el poder entre todos los actores sociales, particularmente entre el sistema de salud y la PI.

De manera urgente se podrían dar respuestas que tiendan a mejorar los entornos y adecuarlos a contextos interculturales y multilingües. Con acciones concretas desde, con y hacia la PI, que integren como unidades de abordaje a las familias y las comunidades en conjunto, se podría efectivizar el acceso a todos sus derechos (educación, salud, alimentación) y fundamentalmente a la titularidad de las tierras que habitan desde hace miles de años, tal como lo establece la legislación nacional e internacional<sup>25-26-27</sup>.

#### **RELEVANCIA PARA POLITICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS**

La presente investigación provee información sobre una población no estudiada y propone aplicar una perspectiva de género, intercultural y multilingüe para planificar y ejecutar políticas integrales e integradas. Se trata de una perspectiva aplicable y necesaria, dado que Salta es una de las provincias con mayor presencia de población indígena, y demuestra la asociación de variables que influyen de forma negativa, pero que pueden ser revertidas.

#### **RELEVANCIA PARA LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD**

El estudio evidencia la importancia de integrar la interculturalidad y el género en la praxis sanitaria. Su ampliación a otras etnias y a metodologías cuanti-cualitativas permitiría arribar a un conocimiento más preciso de estas poblaciones y mejorar su situación de salud. En lo que respecta a las limitaciones del estudio, cabe mencionar que los resultados corresponden a un análisis univariado.

**DECLARACION DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Tejerina M y col. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en mujeres del pueblo wichí de General Ballivián, Provincia de Salta. Rev Argent Salud Pública. 2018; Mar;9(34):29-34.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <sup>1</sup> Plan Quinquenal de Salud Salta 2011-2016. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta.
- <sup>2</sup> Lorenzetti M. *Del capital social a la culturalización de la pobreza: la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena*. Instituto de Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires. [Disponible en: [http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes\\_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%201%20Identidades%20Alteridades/Ponencias/LORENZETTI,%20Mariana.pdf](http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%201%20Identidades%20Alteridades/Ponencias/LORENZETTI,%20Mariana.pdf)] [Último acceso: 25/02/2018]
- <sup>3</sup> La salud de los pueblos indígenas. Nota descriptiva n° 326. OMS. 2007. [Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs326/es/>] [Último acceso: 03/14/2018]
- <sup>4</sup> Almeida Filho N, Rouqueyrol M. *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2008.
- <sup>5</sup> Monteiro P, Peña Bacallao. *La obesidad en la pobreza. Un problema emergente en las Américas*. Publicación N° 576. OPS. 2000.
- <sup>6</sup> Lite S, Ventura Sousa R, Coimbra C. Estacionalidad y el estado nutricional de las poblaciones indígenas: el caso Warí, Rondônia, Brasil. *Cuadernos de salud pública*. 2010;23(11). [Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001100011>] [Último acceso: 03/14/2018]
- <sup>7</sup> Buliubasich C. *La política indígena en Salta. Límites, contexto etnopolítico y luchas recientes*. [Disponible en: [www.scielo.org.ar/pdf/runa/v34n1/v34n1a05.pdf](http://www.scielo.org.ar/pdf/runa/v34n1/v34n1a05.pdf)] [Último acceso: 25/02/2018]
- <sup>8</sup> Naharro N, Álvarez A. *Estudio de caso, acaparamiento de tierras y producción de soja en territorio wichí*. Salta. Brot für die Welt (Alemania), con la colaboración de Asociana. 2011.
- <sup>9</sup> Monteiro C. *Obesidad y pobreza: un desafío en Chile. La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Peña M, Bacallao J (ed.). OPS. 2000.
- <sup>10</sup> Lenton D. Notas para una recuperación de la memoria de las organizaciones de militancia indígena. *Identidades*. 2015;8(5).
- <sup>11</sup> Aguirre P. *Ricos flacos y gordos pobres. La alimentación en crisis. Claves para Todos*. Buenos Aires: Editorial Capital Intelectual; 2004. [Disponible en: <https://sociologia1unpsj.files.wordpress.com/2008/03/aguirre-ricos-flacos-y-gordos-pobres.pdf>] [Último acceso: 25/02/2018]
- <sup>12</sup> Vega Romero R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(16):7-11.
- <sup>13</sup> La mujer, clave en la lucha contra la malnutrición. FAO. s/f. [Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=31053#VH3Q2TGC9q>] [Último acceso: 25/02/2018]
- <sup>14</sup> *Situación nutricional y vulnerabilidad. El espectro de la malnutrición*. FAO/OMS. [Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/x8200s/X8200S04.htm>] [Último acceso: 03/14/2018]
- <sup>15</sup> Vizcarra Bordi I. Entre las desigualdades de género: un lugar para las mujeres pobres en la seguridad alimentaria y el combate al hambre. *Argumentos* (Méx.). 2008;21(57):141-173.
- <sup>16</sup> Cid J, Paz J. *Pobreza, educación y discriminación. Los aborígenes de Salta*. Asociación Argentina de Economía Política. 2004. [Disponible en: [www.aaeop.org.ar/anales/works/works2004/CIDYPAZ.pdf](http://www.aaeop.org.ar/anales/works/works2004/CIDYPAZ.pdf)] [Último acceso: 03/14/2018]
- <sup>17</sup> Cuyul A, et al. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Rev Argent Salud Pública*, 2011; 2(7):1. [Disponible en: [rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen7/art-originales-pueblosindigenas.pdf](http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen7/art-originales-pueblosindigenas.pdf)] [Último acceso: 03/14/2018]
- <sup>18</sup> De Girolami D. *Fundamentos de valoración nutricional y composición corporal*. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
- <sup>19</sup> *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. 2004 - 2005*. Ministerio de Salud de la Nación. [Disponible en: [www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/ENNS.ppt](http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/ENNS.ppt)] [Último acceso: 03/02/2018]
- <sup>20</sup> Leavy P. Aportes desde la antropología de la niñez para pensar el flagelo de la desnutrición. *HS - Horizontes Sociológicos*. 2015;3(6):54.
- <sup>21</sup> Mampaey M. y Van de Velde E. *Prevalencia y repercusión en la salud de niños Mbya Guaraní de las comunidades de Ruiz de Montoya, Misiones*. Ministerio de Salud de la Nación. 2013.
- <sup>22</sup> Ravasco P, Anderson H, Mardones F. Red de Malnutrición en Iberoamérica del Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo (RED MEL-CYTED). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutr Hosp*. 2010;25(supl.3):57-66. [Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es&nrm=iso). ISSN 1699-5198] [Último acceso: 02/25/2018]
- <sup>23</sup> Albala C, Vio F. *Obesidad y pobreza: un desafío en Chile. La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Peña M, Bacallao J (ed.). OPS. 2000.
- <sup>24</sup> Pedraza D. F. Obesidad y pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. *Saude soc* 2009, vol.18, n.1, pp.103-117. [Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100011>] [Último acceso 03/14/2018]
- <sup>25</sup> Pueblos indígenas. Artículo 75. Inciso 17. *Constitución de la Nación Argentina*.
- <sup>26</sup> *Pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Convenio 169. Organización Internacional del Trabajo.
- <sup>27</sup> *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas*. ONU. 2007.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Compartir igual – Si se realizan obras derivadas deben distribuirse bajo la misma licencia del original.