

ABORDAJE INTEGRAL DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL EN UNA COMUNIDAD DIAGUITA CALCHAQUÍ

María Soledad Burrone¹, Laura Débora Acosta² y Alicia Ruth Fernández³

1. Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios - Ministerio de Salud de la Nación. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba, Argentina); 2. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba, Argentina); 3. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de Córdoba (Córdoba, Argentina).

E-mail: msburrone@gmail.com



Introducción

El control del estado nutricional en los primeros años de vida constituye un componente imprescindible para el cuidado de la salud infantil, ya que la malnutrición tanto por déficit como por exceso es uno de los principales problemas de salud de este grupo etáreo. Así la desnutrición en los niños afecta la morbilidad, el crecimiento, el desarrollo con repercusiones irreversibles en la adolescencia y la adultez (1).

La desnutrición es el resultado de una compleja interacción de factores, los principales están relacionados con una dieta carente en calidad y cantidad, falta de agua potable, infecciones repetidas y severas, escaso acceso a los servicios de salud, situaciones que ocurren en poblaciones de bajo nivel socioeconómico (2). A su vez, la desnutrición afecta la calidad de la vida de la población en general, ya que repercute en el capital humano y el desarrollo de la sociedad perpetuando el círculo de la pobreza (3).

En la República Argentina, la forma de desnutrición más prevalente es la crónica, mientras que la anemia constituye la principal carencia nutricional desde el punto de vista bioquímico (4). Sin embargo, existen importantes diferencias regionales y locales relacionadas con el contexto socioeconómico y sanitario en el que se encuentran insertos. En éste contexto, la situación de salud y nutrición de la población infantil en ámbitos rurales y comunidades indígenas está sujeta en numerosos casos a las condiciones de pobreza, marginalidad (5) y al escaso acceso a los servicios de salud (6,7). Las estadísticas de salud en Argentina no discriminan la pertenencia étnica y esto no permite contar con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso de la situación de salud en las poblaciones indígenas (8). Diversos estudios reflejan que las enfermedades que afectan predominantemente a las comunidades indígenas son las de etiología infecciosa y parasitaria (9, 10, 11) lo cual podría contribuir al surgimiento de estados de desnutrición y anemia (12).

El presente trabajo tuvo como objetivo evaluar el índice de desnutrición infantil en una comunidad indígena Diaguita-Calchaquí luego de una intervención con enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) y abordaje integral, participativo e interdisciplinario.

Metodología

Este proyecto de investigación-acción se presenta en el marco del trabajo del Subprograma Médicos Comunitarios para Pueblos Originarios, el cual se desarrolló en una comunidad indígena de la provincia de Catamarca, Argentina, durante los meses de septiembre de 2005 a diciembre de 2006 y formó parte de una de las líneas abordadas como fortalecimiento de la estrategia de APS en este asentamiento. La información generada a partir de esta intervención tuvo en cuenta las medidas previstas para garantizar la confiabilidad de los datos según las normativas éticas vigentes.

Características del proceso de investigación-acción:

El proceso de investigación-acción contó con tres fases: diagnóstica, de intervención y de evaluación.

Fase diagnóstica:

Se realizó un análisis del contexto para describir las condiciones socio-sanitarias en las cuales los niños crecen y se desarrollan. La técnica utilizada fue la observación directa y entrevistas domiciliarias semi-estructuradas a miembros de la comunidad. Luego se efectuó el relevamiento del estado nutricional de los niños de 0 a 14 años para determinar la situación epidemiológica de la desnutrición infantil en la región. Las medidas antropométricas fueron recolectadas por el equipo de intervención con un observador que realizó la supervisión del proceso e incluyó: peso, talla y perímetro cefálico para los menores de dos años. Para la medición del peso se utilizó balanza pediátrica, con precisión de 10 gramos y para niños mayores de 2 años se utilizó balanza de pie con precisión de 100 gramos. Para la estatura se utilizó antropómetro para niños menores de 4 años y tallímetro de pared para niños de 4 años y más, ambos con precisión de 0,1 cm. Las mediciones siguieron los procedimientos recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (13).

Los parámetros para los diagnósticos nutricionales de los niños fueron los utilizados por el sistema de salud local (subsector público de la provincia de Catamarca), lo que incluye el patrón de referencia de la Sociedad Argentina de Pediatría para menores de seis años y el índice de masa corporal /edad (IMC/E) cotejado con las referencias Center for Disease Control (CDC) 2000 para niños en edad escolar. El estado nutricional en niños menores a 6 años fue clasificado en: desnutrición de 1º grado, de 2º grado, de 3º grado, desnutrición crónica, eutrófico y sobrepeso/obesidad. Para los niños de 6 a 14 años el estado nutricional fue clasificado en: normalidad, desnutrición, riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad.

Por último se analizó la situación alimentaria de la región según aspectos socio-económicos, producción de alimentos para el autoconsumo, hábitos, patrones de consumo alimentario y acceso a planes alimentarios. La técnica utilizada fue observación directa y entrevista.

Fase de intervención:

En esta etapa se contactaron diversos actores sociales para presentar los resultados del diagnóstico con la finalidad de efectivizar acciones desde un abordaje interdisciplinario e intersectorial.

Fase de evaluación:

Para evaluar la intervención realizada se tuvo en cuenta los aspectos referidos a la eficacia reflejada por el índice de desnutrición de los niños, el nivel de participación de la comunidad en las actividades realizadas y la efectividad de la misma. Los Trabajadores Básicos de Salud (TBS) fueron evaluados a partir de la continuidad de las acciones emprendidas y el nivel de adecuación de las técnicas específicas de su actividad laboral.

Análisis de datos:

El presente estudio requirió del análisis de datos mensurables y categóricos. Se utilizó análisis de frecuencia y se aplicó test de X^2 ajustado para la prueba de hipótesis aceptándose un nivel de significación de 0,05 para el rechazo de la hipótesis nula. Para la información cualitativa se requirió de un análisis de contenido a partir del cual se definieron las principales categorías.

Resultados

Fase diagnóstica

- Descripción del contexto

La Comunidad Indígena Diaguíta-Calchaquí abordada se encuentra ubicada en la región puneña de la provincia de Catamarca, Argentina. Caracterizada por una meseta de altura en una faja altitudinal que va desde los 3200 m.s.n.m. en los lugares más bajos de la cuenca del río hasta los 4500 ms.n.m en otros parajes de la comunidad. Esta comunidad cuenta con nueve parajes de los cuales la mayor densidad poblacional y asentamientos humanos permanentes se encuentran concentrados en dos de ellos.

Del relevamiento realizado resultó que ésta comunidad cuenta con una población de 241 habitantes que conforman 49 familias. El 46,05% de la población es de sexo masculino. Los servicios básicos disponibles son agua corriente domiciliaria proveniente de una red de instalación precaria y luz eléctrica recientemente instalada en el 42,8% de las familias. Tanto para la calefacción como para la cocina se emplea los fuegos a leña en lugares cerrados.

Las viviendas están construidas de adobe, en algunos casos con revoque interno, los techos son de paja con barro y los pisos de tierra. El 20% de los hogares tiene eliminación de excretas a cielo abierto y 80% posee disposición sanitaria de excretas, de los cuales el 94,13% son letrinas de precaria instalación sin cámara séptica con pozo absorbente. La distribución de los ambientes es inadecuada en cuanto a la relación número de miembros del grupo familiar/espacio habitacional, registrándose un 80% de casos de hacinamiento. Los hábitos de higiene son precarios, existiendo en la mayoría de las viviendas y peridomicilio la coexistencia de animales domésticos y ganado ovino-caprino utilizados para consumo. En todos los casos estos animales no estaban ni desparasitados ni vacunados.

En cuanto a la organización comunal y la adscripción étnica de la población en estudio existe una Asamblea de Base, la cual designa sus representantes en un Consejo de Delegados, órgano responsable del gobierno y la administración, siendo su máximo representante el Cacique. También se designa un Consejo de Jóvenes, Mujeres y Ancianos que tiene insuficiente representación. La adscripción indígena es un tema recientemente instalado con escasa internalización por parte de los pobladores aunque existe aceptación de la mayoría. Entre las *prácticas ancestrales* sólo pudo relevarse el culto a la "Pachamama" (Madre Tierra) como el único elemento de su cosmovisión que conserva este pueblo.

En esta comunidad la medicina moderna y la medicina tradicional no se plantean como modelos discontinuos ni encontrados. La medicina tradicional se expresa como parte del bagaje cultural que porta cada grupo familiar y cada individuo, se representa de distintas formas, frecuentemente a través de un sincretismo con saberes provenientes de las experiencias con la medicina practicada en los centros de salud local y regional.

Respecto al *sistema de salud* el asentamiento cuenta con dos postas sanitarias ubicadas en los parajes con mayor concentración poblacional. Estas postas son establecimientos sanitarios categorizados según la capacidad de resolución en Nivel Cero. El cual se establece a los establecimientos sanitarios periféricos con servicios de enfermería permanente y visita médica periódica. El agente sanitario amplía la cobertura, realizando visitas domiciliarias mensuales, excepto a las familias que habitan en los parajes más alejados donde la frecuencia es trimestral. El agente sanitario junto a los dos auxiliares de enfermería conforman el equipo de TBS. En cuanto a la atención profesional esta dada por el médico de zona, perteneciente a un establecimiento sanitario seccional Nivel Uno, ubicado a 43 km de la comunidad indígena. Éste centro cuenta con atención indiferenciada en consultorio externo y con dos camas de observación. Es el médico de zona, quien programa rondas sanitarias brindando cobertura a las postas de la comunidad indígena con una frecuencia mensual.

La atención en cada posta, otorgada por el TBS, es de cuatro horas diarias y ante los requerimientos de situaciones de urgencia. Los medicamentos e insumos son provistos por el médico de zona en forma mensual. La posibilidad del traslado de pacientes hacia otros centros de mayor complejidad, se ve afectada por la dificultad en la accesibilidad geográfica y por los escasos medios de comunicación (sólo cuenta con un equipo de radiocomunicación).

- Evaluación del estado nutricional

El equipo de intervención realizó un relevamiento del estado nutricional de los niños de 0 a 14 años junto con los TBS. A partir de esto se realizó un diagnóstico en el cual se detectó una serie de errores en el control antropométrico realizado por los TBS. Entre estos se observó que el personal sanitario realizaba el control del niño sano en menores de dos años una vez por mes (condicionado por la entrega de leche en polvo), en los niños entre 2 y 6 años se realizaba esporádicamente y los de edad escolar no eran controlados. Otra dificultad identificada fue la utilización inadecuada de la técnica para realizar las mediciones antropométricas, el incorrecto uso de las tablas de relación entre variables peso/edad, talla/edad y peso/talla para los menores de seis años y la falta de utilización de la referencia de relación IMC/E .

A partir del relevamiento realizado por el equipo de intervención se detectó 21 niños desnutridos de edades que van desde 0 a 14 años, lo cual representa el 24,07% de la población analizada. Se identificó que el nivel de desnutrición aguda de primer grado en niños menores de seis años (N= 23) fue de 21,74 % y de desnutrición aguda de segundo grado fue de 4,34 %.

En cuanto a los niños escolarizados, se realizó evaluación antropométrica en las dos escuelas de la comunidad. Se analizaron 59 niños de 6 a 14 años respectivamente; de los cuales el 25% (15 niños) se encontraban en estado de desnutrición aguda.

- Análisis de la situación alimentaria de la región

La principal estrategia de subsistencia es la cría precaria de ganados ovino y caprino, siendo en menor proporción ganado bovino, camélido y equino. También la siembra de alfares, papa, habas, maíz y arveja.

Las fuentes de ingresos capitales provienen del empleo municipal y provincial, jubilaciones, pensiones no contributivas y beneficios de planes sociales. El 87,76% de la población percibe un ingreso mensual. Otra fuente de ingreso, no constante, es la ayuda económica que brindan los hijos que emigraron a otras localidades por razones laborales.

En cuanto a los hábitos y patrones de consumo alimentario se presentan las siguientes características según el grupo etáreo: los menores de seis meses no reciben lactancia materna exclusiva y la lactancia se complementa con leche de vaca en polvo sin modificar. El destete es temprano (antes del primer año de vida). Por otra parte, la alimentación complementaria suele introducirse de manera precoz (promedio de los tres meses).

En los mayores de dos años y la población adulta la ingesta es de cuatro comidas diarias. El desayuno consiste en una infusión (mate cocido o té) con azúcar y pan o tortilla (pan con grasa), el almuerzo está constituido por sopa y/o guiso el cual contiene carne, agua y papa o algún cereal, la merienda es similar al desayuno y la cena cuenta con las mismas características del almuerzo o en su reemplazo una taza de infusión y pan. La población tiene escaso acceso a alimentos frescos como frutas y verduras.

Los niños escolarizados reciben desayuno y almuerzo en la escuela. Del análisis de las entrevistas realizadas con directivos de las escuelas y la observación del menú, se detectó que en una de las escuelas los niños recibían una dieta de baja calidad nutricional. A esto se suma la dificultad para la provisión de víveres debido a las malas condiciones de los caminos y factores climáticos. Los directivos refirieron que los niños, no tomaban habitualmente leche aduciendo que *“les hacía mal”, “les producía dolor de panza”, “que no les gustaba”,* entre otros aspectos. También refirieron que durante la época de receso escolar los niños *“vuelven más flacos”,* debido a que la alimentación en el hogar no era variada ni completa. Se corroboró que los niños pierden una media de 700gr durante el período de receso escolar. A esto se le suma, la actividad física que desempeñan en estos meses por el cuidado de sus animales y los fríos extremos que soportan.

Fase de intervención

A partir del diagnóstico realizado se convocó a diversos actores sociales pasibles de efectuar alguna acción en el campo de la nutrición infantil. Entre éstos se encontraban, los TBS, maestros de las escuelas de la zona, autoridades gubernamentales, líderes comunitarios y a la población en general.

-Capacitación de TBS en la realización del control del niño sano

El objetivo de la capacitación fue que los TBS adquirieran herramientas para la prevención de la desnutrición infantil, su detección precoz y su derivación oportuna. Además la capacitación abordó la temática de la inmunización, la indicación de suplementos vitamínicos y minerales y el tratamiento antiparasitario.

Se abordó junto con los TBS la orientación individual a las madres o adultos, en relación a los factores protectores de la salud, nutrición de los niños, importancia del control periódico y signos de alarma. Luego de la capacitación, los controles fueron realizados por los TBS con la supervisión del equipo comunitario para evaluar el afianzamiento de técnica de control antropométrico.

-Visita domiciliaria a familias vulnerables.

Se realizaron visitas domiciliarias periódicas a las familias, especialmente aquellas con niños desnutridos o aquellas cuyos niños no concurrían periódicamente al control. Se identificó las necesidades inmediatas en estos hogares y se trabajó sobre las posibles soluciones. Se realizó consejería sobre nutrición, buenas prácticas de higiene y se estimuló para el control periódico de los niños.

-Talleres con la comunidad

Las temáticas abordadas fueron: nutrición en las diferentes etapas de la vida, lactancia materna, alimentación complementaria oportuna y buenas prácticas de higiene. Las mismas fueron dirigidas a madres y maestros, con la finalidad de conformar un nodo comunitario local, capacitado en diferentes temáticas y con capacidad multiplicadora. Cada uno de estos talleres fue realizado por el equipo de intervención y los TBS. El modelo teórico en el que se basó esta propuesta metodológica comprendió el modelo de Educación Popular, que se refiere al trabajo educativo realizado para y con la población desde su práctica cotidiana(14).

-Articulación gubernamental

Se articuló con el Ministerio de Salud provincial para la entrega de ayuda alimentaria en los niños desnutridos. La misma se realizó con la intención de complementar sin sustituir los alimentos que contribuyen a la base de su dieta.

-Articulación con la Escuela

A partir del déficit en la calidad dietaria detectado en una de las escuelas se colaboró con la elaboración del plan nutricional. Se elaboró un menú que respetaba sus hábitos alimentarios, equilibrando los aportes de los distintos nutrientes, teniendo en cuenta la disponibilidad y provisión de la mercadería. Esto incluyó la incorporación de leche a la alimentación diaria de los niños y refuerzo alimentario para los niños con algún déficit nutricional. Se realizaron talleres en la escuela con la comunidad educativa, padres, madres y niños, en donde se trabajaron hábitos dietéticos y buenas prácticas de higiene personal y ambiental.

-Implementación de huertas orgánicas

A partir de la selección de las familias más vulnerables se implementaron dos huertas para estimular el autoabastecimiento de alimentos de origen vegetal e incorporar a la dieta estos productos. Se capacitó sobre la técnica de cultivo, la importancia del consumo de vegetales y cómo incorporarlos a la dieta. A su vez, se incentivó para que estas familias se convirtieran en multiplicadoras de la experiencia.

-Control de parasitosis

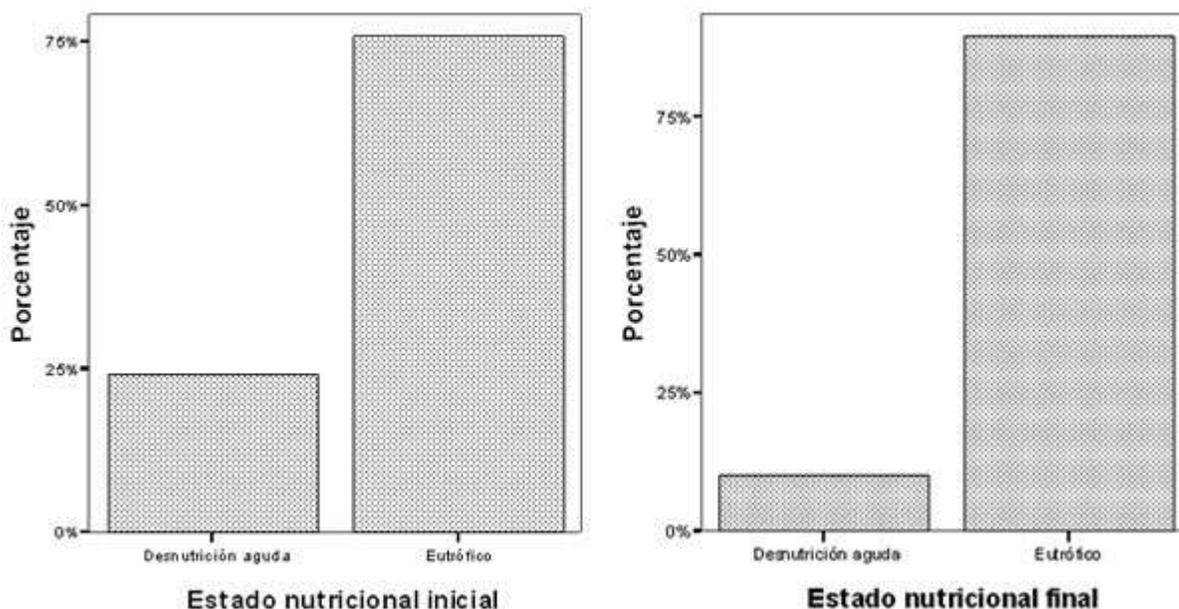
El equipo de intervención realizó un estudio de prevalencia parasitaria el cual reveló que el 100% de los coproparasitológicos seriados e hisopados anales fueron positivos para algunas de las siguientes parasitosis: *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Taenia saginata*, *Enterobius vermicularis*. A partir de este hecho se efectivizó desparasitación masiva en la comunidad. Asimismo se realizó desparasitación masiva en animales domésticos y actividades de saneamiento ambiental asegurando un abordaje interdisciplinario e integral de la problemática. Esta actividad fue complementada con el análisis bacteriológico, físico-químico de muestras de agua, el cual resultó no apta para el consumo por presencia de *Escherichia coli*. Esto motivó el desarrollo de tres talleres basados en técnicas de buenas prácticas de higiene, recolección, manejo y tratamiento de residuos sólidos domiciliarios, tratamiento de agua y uso adecuado de letrinas. Se convocó a la comunidad para el acondicionamiento de las cisternas de agua, tanques de la escuela y postas sanitarias, actividad articulada con la provincia y el municipio.

Fase de evaluación

-Eficacia de la intervención

El número de niños desnutridos en la Comunidad Indígena fue de 21 (24% de la población total de 0 a 14 años), de los cuales al finalizar el período de intervención en diciembre de 2006, se recuperaron 11 niños, 52, 38% ($p < 0,0001$) (ver Figura 1). El resto de los niños (43%) presentaban curvas ascendentes al ser percentilados en el 100% de los casos. El único niño detectado en el canal dos de desnutrición se encontró en canal 1.

Figura 1: Comparación estado nutricional inicial el estado nutricional luego de la intervención en niños de 0 a 14 años provenientes de la comunidad de Morteritos-Las Cuevas. Años 2005-2006.



En este período se logró además que el 75% de los lactantes recibieran lactancia materna exclusiva.

La evaluación de los TBS consistió en la aplicación de un instrumento de registro de datos, observación simple y participativa e indirectamente por referencia de los usuarios. El resultado de la evaluación implementada obtuvo una media del 80% de respuestas correctas. Coincidente con los resultados obtenidos a partir de la observación realizada durante el trabajo de campo en donde se identificó una buena evolución en el desempeño de sus actividades cotidianas como trabajadores básicos de la salud.

Del análisis de la entrevista de opinión realizada a la comunidad se desprende la conformidad de la población respecto a la calidad de atención de los TBS. En relación a los talleres desarrollados se evaluó el grado de participación. En estos se constató un espacio de contención, en el que fueron surgiendo otros temas de interés relacionados a la salud. Se realizaron siete talleres, tres con la comunidad educativa, uno con la comunidad en general, tres talleres con las madres y/o cuidadores. Al analizar los indicadores que evaluaron el grado de participación de los talleres realizados con la comunidad educativa se observó que los alumnos lograron un índice de participación superior que los docentes, siendo la media de grado de participación de los alumnos del 95% y de los docentes del 66,6%. Respecto al encuentro de trabajo con la comunidad y referentes claves el índice de participación fue del 91% para los referentes y del 48,9% de la población mayor a los 13 años. Así, los talleres desarrollados con las madres para tratar la temática específica de hábitos alimentarios logró un índice de participación promedio del 29% y se observó el 80% de participación de aquellas madres que alguno de sus hijos tenía déficit nutricional.

En relación a la implementación del plan nutricional elaborado para la escuela pudo efectivizarse adecuadamente, lo que incluyó la incorporación de lácteos a la dieta para el 96,6% de los niños escolarizados. Se implementaron dos huertas familiares y se realizó capacitación al respecto convirtiéndose los integrantes de estas familias en multiplicadores, logrando una cobertura final del 12,24% de los hogares. En cuanto a la ayuda alimentaria otorgada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Catamarca, pudo objetivarse que los módulos alimentarios fueron correctamente entregados a quienes correspondían aunque no con la frecuencia esperada por la dificultad en la accesibilidad geográfica. Ésta situación fue mejorada en el transcurso de la intervención a partir que la entrega pudo efectivizarse a través del médico de zona- agente sanitario, agente sanitario – comunidad, lo que aseguró la continuidad en el tiempo.

-Continuidad de las acciones emprendidas

La totalidad de las intervenciones realizadas fueron llevadas a cabo junto a los TBS, con la finalidad de que los mismos continúen con las acciones emprendidas en el tiempo. Así mismo se dejó instalado la utilización de indicadores nutricionales para que sean evaluados periódicamente por los TBS. Por otra parte, las actividades educativas destinadas a niños/as y adultos siguieron el propósito de favorecer el autocuidado, así como la

constitución de agentes promotores de hábitos alimentarios saludables para el resto de la comunidad. Se observó la adherencia de las madres para realizar el control periódico de salud de sus hijos empoderándose y convirtiéndose en demandantes de este derecho de atención en salud.

Discusión

La descripción del contexto de salud y nutrición de la población sobre la que se trabajó, refleja un alto grado de necesidades básicas insatisfechas, así como inequidad en el acceso a los servicios de salud, tal como en otras poblaciones indígenas en Latinoamérica (15). La comunidad presenta un perfil epidemiológico nutricional distintivo en relación al ámbito nacional y provincial. La prevalencia de desnutrición aguda en niños menores de 6 años en la comunidad indígena estudiada es superior a la nacional (4,2%) (16) y provincial (2,2%) (17) Por otra parte, no se detectaron casos de desnutrición crónica ni de obesidad en este grupo etario lo cual refleja una situación epidemiológica nutricional diferente a la nacional (18,19) y provincial (20), en donde estas dos realidades son las más prevalentes. Estudios sobre el estado nutricional en comunidades aborígenes de Latinoamérica, reflejan altas tasas de obesidad como resultado del proceso de urbanización, del acceso a alimentos comerciales y de la menor realización de actividad física (21). Por otra parte, los resultados coinciden con los observados en el estudio de Moreno y col (22), en donde al analizar dos comunidades de niños y adolescentes de la región puneña (una de Jujuy y otra de Catamarca), los índices de desnutrición aguda fueron de alrededor del 25%, y una prevalencia de sobrepeso y obesidad baja del 4%. Esto podría indicar que los altos índices de desnutrición encontrados en ésta comunidad se relaciona a un contexto medioambiental desfavorable, que a su vez no se encuentra influido por la cultura alimentaria urbanizada (23).

El patrón alimentario local refleja una dieta poco variada basada en el consumo de alimentos energéticos y carnes, baja en lácteos, frutas y verduras por lo tanto deficitaria en vitaminas y minerales. La carne es un alimento fundamental en el patrón alimentario de esta población lo cual concuerda con los de otros pueblos indígenas como el mapuche (24). Otra característica en el patrón alimentario, es el consumo de leche de vaca en polvo en niños menores de seis meses, lo cual genera un riesgo para los mismos debido a la menor calidad nutricional y a la utilización de agua no potable. Como se refirió anteriormente también se observó la incorporación de alimentación complementaria precoz (media de 3 meses) lo que puede provocar intolerancia alimentaria (25). Esta situación es diferente a la de otros pueblos indígenas, tal como lo expresa el trabajo de Valeggia y col. (26) en la comunidad Toba, en donde se mantiene la práctica de lactancia materna hasta los dos o tres años de vida.

En el proceso de intervención se consideró necesario que la población accediera a ayuda alimentaria otorgada por el gobierno, ya que permitía contar con un recurso extra para las familias más vulnerables. En estas acciones se tuvo en cuenta la revalorización de la cosmovisión de la comunidad, estimulando el mantenimiento de su cultura alimentaria a fin de evitar que la implementación de ayuda alimentaria no se encuentre adaptada a la realidad cultural de los diferentes grupos (27).

Otro aspecto acerca de la desnutrición en esta comunidad Diaguita-Calchaquí fue analizar la vulnerabilidad que presenta esta población, condición no exclusiva de las comunidades indígenas. Tal como refiere Labadié (2009) la etnia no condiciona el estado nutricional de niños (28). La desnutrición en las comunidades indígenas de nuestro medio no estaría condicionada por la genética ni las costumbres de las comunidades, sino por las condiciones de pobreza en las que están insertas. No tuvo entonces esta intervención un abordaje signado por la condición de pueblo indígena, sino como comunidad vulnerable por sus características de pobreza, lo que implica que puede ser replicado en otros contextos adecuando la intervención a las costumbres de cada comunidad.

En cuanto a la presencia de parasitosis, los datos del presente estudio concuerdan con otros realizados en diversas poblaciones indígenas de Latinoamérica y refleja el grado de pobreza, precariedad de las viviendas, prácticas de higiene inadecuadas y hacinamiento (29,30).

Las estrategias educativas se constituyeron en herramientas eficaces en la implementación de este proyecto, coincidiendo con la afirmación de otras investigaciones, que a partir de intervenciones en educación alimentaria nutricional logran mejorar significativamente el estado nutricional de niños desnutridos en comunidades desfavorecidas(31,32,33). Sin embargo, las intervenciones en salud infantil poseen más eficiencia cuando involucran no sólo a madres y cuidadores de los niños; sino además a toda la comunidad (34). La metodología de la investigación-acción abordada en el presente trabajo, tuvo precisamente la finalidad de sensibilizar a toda la población con esta problemática y hacerla partícipe de su solución.

Al respecto, la Organización De las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), refiere que las estrategias comunitarias para mejorar la salud y la nutrición son más adecuadas que las realizadas a nivel macro, ya que las comunidades participan en la priorización y problematización de la situación nutricional, así como el diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las intervenciones (35,36). Por otra parte el empleo de la metodología de la educación popular, proporciona pautas para favorecer el involucramiento así como la promoción de procesos autogestivos en las comunidades (37,38). La concientización de la población es algo que debe ser construido con los grupos sociales, que son los agentes de cambio interno, más allá de lo que pueden movilizar los agentes externos (39,40).

La formación de los TBS capacitados para la prevención de la desnutrición infantil y la promoción de hábitos saludables resultó efectiva, no sólo porque otorgó continuidad al proyecto, sino también porque los mismos establecieron un vínculo con la población estimulando a las personas a cuidar su salud a partir de sus condiciones concretas de vida (41). En este aspecto, la metodología de la investigación-acción permitió que el equipo de salud conozca a los miembros de la comunidad a su cargo (42).

Conclusiones

Los resultados de la investigación-acción reflejan que las intervenciones educativas comunitarias en materia de desnutrición infantil, realizadas desde un abordaje interdisciplinario, integral e integrado permitieron mejorar significativamente el estado nutricional infantil, en un contexto de participación de la comunidad indígena que promueve la concientización del derecho a la salud.

Agradecimientos

El presente trabajo de investigación-acción fue financiado por el Ministerio de Salud de la Nación y desarrollado por Acuña, Mariana Elvira; Burrone, María Soledad; Cabrera, Daniel; Cofre, Carina; Maidana, Álvaro; Rodríguez, Héctor y Rudelli, Marcela como integrantes del equipo en terreno y por Lanzelotti, Sonia y Lopez, Soledad quienes acompañaron el trabajo en campo como tutores.

Resumen

El trabajo analiza las estrategias de intervención en Atención Primaria de Salud (APS) implementadas en una comunidad indígena Diaguita-Calchaquí con la finalidad de disminuir los índices de desnutrición infantil durante los años 2005 y 2006. La metodología de investigación-acción empleada contó con tres fases: diagnóstica, de intervención y evaluación. La prevalencia de desnutrición detectada en niños de 0 a 14 años fue de 24,07%. La evaluación de los datos sobre ingesta alimentaria reflejó un patrón deficiente en calidad y cantidad. Se realizó capacitación de trabajadores básicos de salud en el control del niño sano, visitas domiciliarias a familias vulnerables, talleres sobre educación nutricional a la comunidad, implementación de huertas familiares, control del saneamiento ambiental y de parasitosis. Al finalizar el período de intervención los índices de desnutrición disminuyeron del 24,1 % al 12 % ($p < 0,0001$). Este trabajo demostró la posibilidad de disminuir eficientemente los problemas nutricionales a través de estrategias integrales y participativas.

Palabras claves: Malnutrición, Investigación Acción, Atención Primaria de Salud.

Abstract

This study analyses primary health care intervention strategies in a diaguita-calchaquí community, which were aimed at diminishing child malnutrition rates during the years 2005 and 2006. The study comprised three stages: diagnosis, intervention and evaluation. Malnutrition rate among children between 0 and 14 years was 24.7%. Evaluation of data on food intake showed a deficient pattern as regards both quality and quantity. Primary health assistant workers were trained in the monitoring of healthy children, house monitoring of vulnerable families, conduction of workshops on food education for the community, family vegetable gardens, and environment sanitary and parasitological monitoring. At the end of the intervention period, malnutrition rates had decreased from 24.1 % to 12 % ($p < 0.0001$). This study established the possibility of efficiently diminishing health rates through the use of comprehensive and participation-fostering strategies.

Keywords: Malnutrition, Research-Action, Primary Health Care

Referencias

1. UNICEF; 1998. Estado Mundial de la Infancia. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/sowc98sp/spsw98a.pdf> (Accedido el 15/May/2008).
 2. Blössner M. and M. de Onis; 2005. Malnutrition: quantifying the health impact at national and local levels. Geneva, World Health Organization. *WHO Environmental Burden of Disease Series* N° 12. 51 pp
 3. Martínez R. and A. Fernández; 2006. Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina. CEPAL. División de Desarrollo Social. Serie Manuales N° 52. 119 pp.
 4. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2007. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS). Documento de resultados. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/hm/site/ennys/pdf/documento_resultados_2007.pdf
- Accedido 6 de octubre de 2007.
5. Mir, J.R. 2007. Resistencia y confrontación en Argentina. Negación y exclusión de los Pueblos Indígenas. *Gazeta de Antropología*. http://www.ugr.es/~pwlac/G22_22Javier_Rodriguez_Mir.html#1 (Accedido el 01/Jun/2008).
 6. Amnistía Internacional; 2008. Informe 2008 Amnistía Internacional: El Estado de los Derechos Humanos en el mundo. Editorial Amnistía Internacional, Madrid España: 82 pp.
 7. Capriati A., J. Anciola y M.A. Pastor; 2008. Situación de Salud intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con Pueblos indígenas en Argentina. Resumen Ejecutivo. Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA). Desequilibrio 10/90.
 8. OPS/OMS; 2007. La Salud de las Américas, 2007. Volumen II. Perfil por país: Argentina: 38-61.
 9. Taranto N.J., S.P. Cajal, M.C. De Marzi, *et al*; 2003. Clinical status and parasitic infection in a Wichí Aboriginal community in Salta, Argentina. *Trans R Soc Trop Med Hyg*; 97: 554-558.
 10. Menghi C.I., F.R. Iuvaro, M.A. Bellacas y C.L. Gatta; 2007. Investigación de parásitos intestinales en una comunidad aborígen de la provincia de Salta. *Medicina (Bs As)*; 67: 705-708.
 11. Montenegro R.A. and C. Stephens; 2006. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*; 367: 1859-1869.
 12. Navone G.T., M.I. Gamboa, E.E. Oyhenart y A.V. Orden; 2006. Parasitosis intestinales en poblaciones Mbyá-Guaraní de la provincia de Misiones, Argentina: aspectos epidemiológicos y nutricionales. *Cad Saúde Pública*; 22: 1089-1100.
 13. World Health Organization; 1995 Physical status: the use and interpretation of anthropometrics indicators of nutritional status. Geneva: World Health Organization. (WHO Technical Report Series 854).
 14. Valadez Figueroa I. y M.V. Farias; 2004. Educación para la salud: la importancia del concepto. *Rev. Educación y Desarrollo* 1: 45-48.
 15. Montenegro RA, *et al Op. cit.*
 16. Ministerio de Salud, *Op. cit.*
 17. Mercer R., A. Bolzan, V. Ruiz, J. Brawerman, J. Marx, G. Adrogué, *et al*; 2005 Encuesta de nutrición en la niñez en el norte argentino: Proyecto *encuNA* parte II. El estado nutricional y el contexto familiar y social. *Arch Arg Pediatr* ; 103: 556-565.

18. Ministerio de Salud *Op cit*.
19. Orden A.B., M.F. Torres, M.A. Luis, M.F. Cesan, F.A. Quintero y E. Oyhenart; 2005. Evaluación de Estado Nutricional en escolares de bajos recursos socioeconómicos en el contexto de la transición nutricional. *Arch Arg Peditr*; 103: 205-211.
20. Bolzán A., R. Mercer, V. Ruiz, J. Brawerman, J. Marx, G. Adrogué; *et al*. Evaluación nutricional antropométrica de la niñez pobre del norte argentino: Proyecto encuNa. *Arch Arg Peditr*; 103: 545-555.
21. Uauy R., C. Albala and J. Kain. 2001. Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under-to Overweight. *J Nutr*; 131:893S- 899S.
22. Moreno Romero S., D.B. Lomaglio, J.J. Colome, J.A. Alba, N. Lejtman, J.E. Dipierri y M.D. Marrodán; 2005. Condición nutricional en la puna argentina. *Observatorio Medioambiental*; 8: 111-125.
23. Montenegro RA, *et al Op. cit*.
24. Ferrari M., F. Morazán y L.V. Pinotti; 2004. Patrón alimentario de una comunidad aborigen de la patagonia argentina. *Rev Chil Nutr*; 31: 110-117.
25. Mahmood D.A., R.G. Feachem and S.R.A. Huttly. 1989. Infant feeding and risk of severe diarrhoea in Basrah city, Iraq: a case-control study. *Boll World Health Organiz*; 67: 701-706.
26. Vallengia C., K. Flaukner y P. Ellison; 2002 Crecimiento en lactantes de una comunidad toba de Formosa. *Arch Argen Peditr*; 100:103-109.
27. Sagastume Crocker R.; A. Cosío Gonzalez; M. López López; L. Ruiz Domínguez; D. Andrade Ureña y Y. Gutierrez Gómez; 2004. Interculturalidad Alimentario-Nutricional en la etnia Wixarika en México. *Rev Esp Salud Pública*; 78: 691-700.
28. Labadié S. y A.R. Fernández; 2008. Situación nutricional de los niños indígenas de la Comunidad Mocoví-Argentina. *Salud Pública Mex*; 50:435-6.
29. Navone G.T., *et al. Op. cit*
30. Fontbonne A., E. Freese-de-Carvalho, M. Duarte Asciooli, G. Amorim de Sá y E.A. Pessoa Cesse; 2001. Factores de riesgo para poliparasitismo intestinal em uma comunidade indígena de PERNANBUCO, BRASIL. *Cad Saúde Pública*; 17: 367-373.
31. Roy S.K., G.J. Fuchs, M. Zeba, G. Ara, S. Islam, S. Shafique, *et al*; 2005. Intensive Nutrition Education UIT or without Supplementary Feeding Improves the Nutritional Status of Moderately-malnourished Children in Bangladesh. *J Health Popul Nutr*; 23:320-330.
32. Margolis P.A., R. Stevens, C. Bordley, J. Stuart, C. Harlan, L. Keyes-Elstein and S. Wisseh; 2001 From concept to Application: The Impact of a Community-Wide Intervention to Improve the Delivery of Preventive Services to Children. *Pediatrics*; 108 (3) <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/3/42> (Accedido el 15/Jul/2008).
33. Guldán G.S., H.C. Fan, X. Ma, Z.Z. Ni, X. Xiang and M.Z. Tang; 2000. Culturally Appropriate Nutrition Education Improves Infant Feeding and Growth in Rural Sichuan, China. *J Nutr*; 130: 1204-1211.
34. Kilaru A., P.L. Griffiths, S. Ganapathy and G. Shanti; 2005. Community-based Nutrition Education for Improving Infant Growth in Rural Karnataka. *Indian Pediatrics*; 42: 425-432.

35. Organización De las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación; 1997. Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Cumbre Mundial sobre la Alimentación. Roma FAO.
36. Figueroa Pedraza D. 2005. Participative surveillance of food security in a Cuban community. *Rev Salud Pública*; 7: 39-55.
37. Arenas-Monreal L., A. Paulo-Maya y H.E. López-González; 1999. Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. *Rev Saúde Pública*; 33: 113-121.
38. Ortiz-Andrelucchi A., L. Pena Quintana, A. Albino Benacar, F. Mönckeberg Barros y L. Serra-Majen; 2006. Desnutrición infantil, salud y pobreza: intervención desde un programa integral. *Nutr. Hosp*; 21: 533-541.
39. Montijo Coelho F.M., T. Montijo de Castro, F. Milagros Campos, M.T. Fialho de Sousa Campos, S.E. Priore y S.C. Castro Franceschini; 2005. Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiencia em um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG) *Ciencia & Saúde Coletiva*; 10:739-747.
40. Valadez Figueroa I., N. Alfaro Alfaro, J. Fausto Guerra, G. Adrete Rodríguez y P. Mendoza Roaf; 2000. Una experiencia de educación popular en salud nutricional en dos comunidades del Estado de Jalisco, México. *Cad Saúde Pública*; 16:823-829.
41. Nascimento E.P.L. y C.A.S. Correa; 2008. O Agente Comunitário de Saúde: Formação, inserção e práticas. *Cad Saúde Pública*; 24: 1304-1313.
42. Gofin J. y R. Gofin; 2007. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública*; 21: 177-185.