

Determinantes sociales de salud y adherencia al tratamiento de la Diabetes tipo 2 en pueblo Qom

Social determinants of health and adherence to treatment of type 2 diabetes in Qom people

Olmedo Sofia Irene*

*¹Instituto de Investigaciones sobre Lenguaje, Sociedad y Territorio (INILSyT), Universidad Nacional de Formosa, CONICET. Argentina.

RESUMEN

Introducción: Se ha observado una alta prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 entre las poblaciones indígenas, con peores tasas de morbilidad y mortalidad que sus homólogas no originarias. **Objetivo:** Analizar las tensiones entre la adherencia al tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 y determinantes sociales de la salud en una comunidad Qom. **Material y método:** Estudio exploratorio, cuanti-cualitativo realizado en 2024, muestreo por bola de nieve en adultos conformada por 47% de hombres y 53% mujeres, con un promedio de edad 52 años (± 9.5). Se realizó en 40 hogares: Test de Morisky- Green, suplementado por entrevistas e intervención para responder a las preguntas de los participantes. **Resultados:** El 15,4% de los participantes adhería al tratamiento, siendo los hombres más cumplidores ($p < 0.005$). La prescripción del medicamento está muy extendida pero su uso es inconsistente debido a determinantes estructurales, socioculturales y biológicos. Los participantes no realizan todas las comidas diarias, dependen de la disponibilidad de alimentos. Se compartieron estrategias alimentarias adaptadas a los alimentos que los participantes refirieron consumir habitualmente. **Conclusión:** La adherencia no puede comprenderse individualmente, sino como el resultado de un entramado de factores estructurales y simbólicos que configuran los itinerarios terapéuticos de los pacientes qom con DM2.

Palabras Clave: Adherencia al tratamiento, determinantes sociales de la salud, comunidad indígena.

ABSTRACT

Introduction: A high prevalence of type 2 diabetes mellitus has been observed among indigenous populations, worse morbidity and mortality rates than their non-native counterparts. **Objective:** To analyze the tensions between adherence to type 2 diabetes mellitus treatment and social determinants of health in a Qom community. **Material and method:** Exploratory, quantitative-qualitative study carried out in 2024, snowball sampling in adults made up of 47% men and 53% women, with an average age of 52 years (± 9.5). It was carried out in 40 households: Morisky-Green test, supplemented by interviews and intervention to answer the participants' questions. **Results:** 15.4% of the participants adhered to the treatment, with men being more compliant ($p < 0.005$). The prescription of the drug is widespread, but its use is inconsistent due to structural, sociocultural and biological determinants. The participants do not eat all the daily meals; they depend on the availability of food. Dietary strategies adapted to the foods that the participants reported consuming regularly were shared. **Conclusion:** Adherence cannot be understood individually, but as a result of a network of structural and symbolic factors that shape the therapeutic itineraries of qom patients with DM2.

Keywords: Adherence to treatment, social determinants of health, indigenous community.

Correspondencia: Sofia Irene Olmedo sofiaolmedo@conicet.gov.ar

Recibido: 23 de diciembre 2025, aceptado: 11 de mayo 2026

©Autor2026



Citar como: Olmedo S.I. (2026) Determinantes sociales de salud y adherencia al tratamiento de la Diabetes tipo 2 en pueblo Qom, *RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición*, 25 (2), 11-20. <https://doi.org/10.29105/respyn25.2-946>

Significancia

Este estudio aporta evidencia sobre como los DSS condicionan la adherencia al tratamiento de la DM2, revelando que las recomendaciones clínicas no pueden desvincularse de las condiciones de vida. Los hallazgos subrayan la necesidad de políticas públicas que integren enfoques interculturales. Asimismo, evidencian que los modelos de atención centrados en la responsabilidad individual resultan insuficientes. Este trabajo contribuye a visibilizar brechas estructurales en el manejo de enfermedades crónicas en poblaciones indígenas.

Introducción

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica no transmisible cuya prevalencia está aumentando a nivel mundial. Según el último Atlas de la Diabetes de la Federación Internacional de Diabetes (FID, 2025), el 11.1% de la población mundial de 20 a 79 años vive con diabetes, y más del 40% desconoce su diagnóstico. Las proyecciones para 2050 indican que 1 de cada 8 adultos tendrá diabetes, lo que representa un incremento del 46% respecto a las estimaciones actuales (FID, 2025).

Argentina sigue esta tendencia creciente. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), la prevalencia nacional de diabetes alcanza el 12.7%, mientras que, en Formosa, provincia norteña y contexto de este estudio, se estimó una prevalencia del 12.1% (INDEC, 2019).

Para comprender la complejidad que adquiere esta enfermedad en poblaciones indígenas, es necesario situar el análisis dentro del marco de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estas comunidades suelen sostener una concepción holística de la salud, donde las dimensiones espiritual, comunitaria y territorial constituyen componentes inseparables del bienestar (Olmedo et al., 2018; Stivanello, 2015). Desde esta perspectiva, la salud no se reduce a parámetros biomédicos, sino que emerge del acceso efectivo a los elementos que posibilitan el buen vivir: tierra, participación social, autodeterminación cultural, idioma, alimentación, vivienda, trabajo, educación y atención sanitaria (Ibacache, 1997; Stivanello, 2015). En consecuencia, cualquier estrategia terapéutica que aspire a ser eficaz debe considerar dimensiones que exceden lo estrictamente biológico.

Desde un punto de vista epidemiológico, se ha observado una prevalencia desproporcionadamente alta de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) entre las poblaciones indígenas de todo el mundo, y las comunidades originarias presentan una mayor frecuencia de DM2 y peores tasas de morbilidad y mortalidad que sus homólogas no originarias (Gracey, 2007; Sinclair et al., 2023; Weisman et al., 2018; Yusuf et al., 2004). La persistencia de estas tendencias en grupos cultural y geográficamente diversos sugiere la influencia de determinantes estructurales compartidos, entre ellos procesos históricos de colonización, despojo territorial, marginalización económica y exclusión de los sistemas de salud (Agardh et al., 2011).

En este marco, los DSS permiten comprender cómo las condiciones en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen, así como las fuerzas políticas, económicas y culturales que las configuran, moldean de manera sistemática las oportunidades de salud (OMS, 2025). Estos determinantes incluyen factores estructurales (posición socioeconómica, políticas públicas, distribución del poder y los recursos) e intermedios (condiciones materiales de vida, redes sociales, prácticas culturales, acceso a servicios, factores psicosociales y biológicos). Las desigualdades en la distribución de estos determinantes generan inequidades en salud, entendidas como diferencias injustas y evitables que afectan de manera sistemática a los grupos socialmente desaventajados, entre ellos los pueblos originarios.

La evidencia indica que, en el caso de la DM2, factores como la situación económica, las condiciones de vida y los entornos sociales vulnerables influyen de manera decisiva en la adherencia al tratamiento (Cardona Arias et al., 2012; Cruz-Sánchez & Arceo, 2020; Hernández-Teixidó et al., 2023). Sin embargo, muchos programas de salud continúan centrados en intervenciones individuales y biomédicas, sin integrar los determinantes socio-contextuales que condicionan la posibilidad real de sostener un tratamiento, limitando la efectividad y sostenibilidad en su aplicación (Ministerio de Salud Argentina, 2023). La adherencia al tratamiento se entiende como *“la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente, así como del plan para su realización, junto con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta obtenida por una*

búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado” (Albuquerque et al., 2016). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2025) reconoce la magnitud de las deficiencias en la adherencia terapéutica y sus repercusiones para la salud de la población, considerando que su abordaje debe ser una estrategia prioritaria para los sistemas sanitarios y para la investigación en Ciencias de la Salud.

Las inequidades derivadas de los DSS se manifiestan con especial intensidad en poblaciones como las comunidades indígenas, que enfrentan una mayor vulnerabilidad al desarrollo de DM2, con consecuencias directas sobre su salud y bienestar. En este marco, la adecuada adherencia al tratamiento de la DM2 constituye un factor crucial, no solo por su elevada prevalencia en la población, sino también por el impacto que tendría en la reducción del gasto público y en la mejora de los indicadores de salud a largo plazo. Considerando la influencia de los determinantes sociales de la salud, este trabajo tiene como objetivo analizar las tensiones entre la adherencia al tratamiento de la DM2 y los DSS en un pueblo Qom, con el fin de aportar evidencia que permita orientar intervenciones más equitativas, culturalmente adecuadas y sostenibles.

Material y método

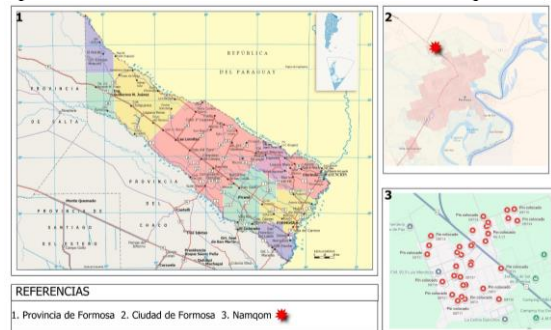
Este estudio se corresponde con un diseño mixto de tipo exploratorio secuencial, en el cual una fase cualitativa inicial orientó el desarrollo de la fase cuantitativa transversal, permitiendo integrar la comprensión de los determinantes sociales de la salud y la DM2, el mismo se llevó a cabo entre julio y agosto de 2024. En cuanto a ámbito de estudio, se trató de una comunidad peri-urbana Qom (Barrio Namqom) ubicada al este de la provincia de Formosa, Argentina, ubicada a 11 km de la capital de Formosa. El tamaño poblacional es de aproximadamente 3000 habitantes (Figura 1). Los qom son uno de los grupos indígenas más numerosos de la región del Gran Chaco, en Sudamérica. En mayor o menor medida sufrieron un proceso de occidentalización, caracterizada por un cambio de las prácticas tradicionales de subsistencia tradicionales de agricultura o forrajeo a la participación en el mercado y una mayor urbanización (Lagranja et al., 2014)

La muestra estuvo conformada por 40 personas adultas qom diagnosticados con DM2 se trató de un muestreo no probabilístico, por conveniencia. El reclutamiento de participantes se hizo mediante el método de bola de nieve.

Criterios de inclusión: personas de ambos sexos diagnosticadas con DM2, que acepten participar, mayores de 18 años.

Criterios de exclusión: tener esquema de insulino terapia, padecer complicaciones graves de DM2, existencia de una demencia avanzada o problemas de comunicación.

Figura 1. Ubicación de la provincia de Formosa (1), del Barrio Namqom (2) y de las personas qom con diabetes tipo 2 residentes en el Barrio Namqom (3)



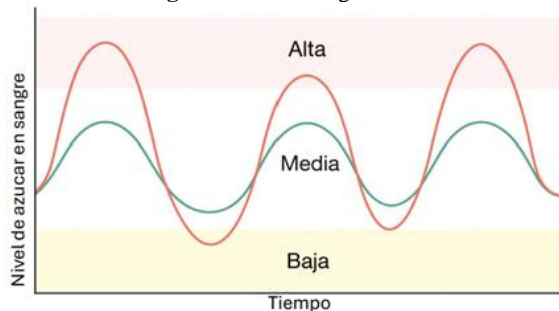
Fuente: Elaboración propia a partir de información del Instituto Geográfico Nacional (2025).

La recolección de datos se realizó en las casas de los participantes y constó de dos fases: 1) Test de Morisky- Green, suplementado por entrevistas en profundidad, y 2) Intervención para responder a las preguntas de los participantes. El Test de Morisky-Green es un cuestionario que evalúa el cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del paciente respecto al cumplimiento. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: i). ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ii). ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? iii). Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? iv). Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4

preguntas, es decir, No/Sí/No/No (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018; Rodríguez Chamorro et al., 2008). Las entrevistas en profundidad abordaron los siguientes temas: antecedentes familiares de diabetes, años de evolución de la enfermedad, presencia de comorbilidades, tabaquismo, alimentos que consume, alimentos prohibidos, factor económico. Después de cada día de trabajo de campo, se transcribieron y analizaron las entrevistas para determinar cuándo se había alcanzado la saturación de información.

La fase de intervención se ejecutó para responder a la necesidad de respuestas de los pacientes con DM2 y a la reportada falta de información sobre el esquema de tratamiento de la metformina combinada con su dieta habitual. En esta parte, la función de la metformina y la alimentación a través del gráfico de la curva de glucemia (Figura 2), resaltando la importancia de consumir alimentos varias veces al día. Las visitas duraron entre 45 a 60 minutos.

Figura 2. Curva de glucemia



Fuente: Elaboración propia

Análisis estadístico

Para el análisis de las variables cuantitativas, los resultados se expresan como medias y desviaciones estándar, mientras que las variables categóricas se presentan como porcentajes. Para los contrastes de hipótesis basados en proporciones se empleó la prueba χ^2 de Pearson. Todos los análisis cuantitativos se realizaron con el software Stata v.14.

En cuanto a los datos cualitativos, las entrevistas fueron analizadas mediante un análisis de contenido utilizando códigos preestablecidos vinculados al tratamiento, uso de medicamentos, complicaciones y otros aspectos relevantes. El proceso fue abierto y

flexible, permitiendo incorporar nuevos códigos y categorías emergentes a partir de los aportes de las y los participantes. Los resultados cualitativos se presentan en un mapa conceptual elaborado en Lucid chart, donde se organizaron los conceptos emergentes del análisis cualitativo sobre los factores asociados a la baja adherencia al tratamiento en personas con DM2 y en un gráfico de similitud de palabras, generado con el software IRaMuTeQ 0.8 alpha 0.7.

Consideraciones éticas

Se explicó de manera clara de qué trataba el estudio: objetivos, descripción de la investigación y su participación, confidencialidad, duración del estudio, beneficios, información de contacto de la investigadora responsable. El consentimiento informado se realizó de forma verbal, siguiendo todos los lineamientos del código de Helsinki, la firma tiene una connotación negativa en la cultura con y la palabra tiene más valor. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Yale (protocolo #14456).

Resultados

Fase 1

La muestra estuvo conformada por 47% de hombres y 53% mujeres, con un promedio de edad 52 años (± 9.5). Un poco más de la mitad de las personas fueron diagnosticado con DM2 en los últimos 5 años (Tabla 1).

En relación con las comorbilidades, el 41.4 % de los encuestados reportó antecedentes de tabaquismo, aunque únicamente el 7 % mantiene el hábito en la actualidad, correspondiendo como en el pasado, exclusivamente a participantes de sexo masculino.

Adherencia al tratamiento de la diabetes tipo 2

Se encontró que solo el 15.4% de los participantes adhería al tratamiento, siendo los hombres más cumplidores que las mujeres ($\chi^2 (1) = 4.04$; $p=0.04$), con una asociación de magnitud moderada (V de Cramer= 0.38). La prescripción del medicamento (metformina) está muy extendida, todos los pacientes de este estudio lo recibieron, pero su uso es inconsistente. Los participantes señalaron que la falta de adherencia no se debía al olvido, sino a diversas razones que motivaban la omisión de la toma del medicamento (Figura 3):

a) la asintomatología de la diabetes, que favorece la percepción un falso estado de bienestar y dificulta, en primera instancia, la continuidad del tratamiento a lo largo del tiempo y, en segunda instancia, la aceptación del carácter crónico de la enfermedad.

“no quiero tomar la pastilla porque no sé, porque estoy bien de salud. Así, con mucha fuerza, camino, empiezo a comer, tengo ahí guardada a las pastillas, pero no las tomo” (hombre, 40 años).

b) falta de comprensión y aceptación de la cronicidad de la enfermedad, observada en la expectativa de los participantes de alcanzar una cura mediante el tratamiento. Esta percepción generó frustración al no obtener los resultados esperados en el corto plazo, lo que derivó en el abandono del tratamiento y de los controles médicos.

“Él pensaba que se iba a curar, hasta que un día la doctora le dijo que la DBT no tiene cura, que el tratamiento es para vivir bien, que puede llegar a la longevidad. Él se deprimió por 3-4 meses, dejo de tomar las pastillas. Comenta que pensaba, para que vaya a cuidar si la enfermedad no tiene cura” (nota de campo),

c) síntomas de hipoglucemia que se relaciona con la toma de medicamentos de manera inapropiada. Entre las causas más frecuentes se encuentran la administración de fármacos en ayunas, el uso de dosis inadecuadas y los desórdenes alimentarios, ya sea por omisión de comidas o por el consumo excesivo de alimentos con alto índice glucémico. Si bien algunas personas logran establecer una relación entre estos factores y los síntomas experimentados, en otros casos dicha asociación no es percibida.

“Yo no sé, pero la pastilla que cuando nosotros tomamos, también te hacen mal porque cuando uno come un poquito y está pasando(paso) la hora que vos tenés que estar comiendo, te hace temblar todo el cuerpo (la metformina)” (mujer, 30 años); “cuando tomo la pastilla esos me sacan la fuerza” (hombre, 60 años).

La gestión inadecuada del tratamiento contribuye a generar desconfianza hacia la medicación y, por extensión, hacia la biomedicina. Esta percepción se ve reforzada cuando los efectos esperados no se alcanzan o cuando surgen malestares que los participantes atribuyen directamente a los fármacos, sin una comprensión integral del proceso terapéutico.

d) malestares por la toma prolongada de medicamentos, los participantes mencionan síntomas de gastritis que le atribuyen a la toma de los

medicamentos: *“dejo de tomar 2 o 3 días hasta que se me vaya el sabor agrio de la boca y luego vuelvo a tomar” (mujer, 60 años),*

No obstante, esta sintomatología pudo estar vinculada a complicaciones propias de la enfermedad, como la xerostomía, que reduce la producción de saliva con función protectora, o a niveles elevados de glucosa en sangre, que favorecen el crecimiento bacteriano. Asimismo, es posible que estos malestares se podrían haberse relacionado con episodios de cetoacidosis diabética, en los que la acumulación de cetonas genera un sabor afrutado o amargo, o con hipoglucemia.

e) El desconocimiento sobre la función de la metformina: a pesar de que los participantes conocían los medicamentos prescritos, sus dosis y horarios de administración, se evidenció un desconocimiento respecto a la función de la metformina. En particular, no comprendían la importancia de seguir el esquema terapéutico de forma continua ni el impacto que este tiene sobre la curva de glucemia y la prevención de complicaciones asociadas.

“si nosotros tenemos que comer primero o si tomar primero la pastilla no entiendo tampoco” (mujer, 57 años).

Tabla 1. Características de las personas con DM2 de la comunidad qom

Características	Categorías	Frecuencia		
Años de evolución de la enfermedad	Diagnosticado en los últimos 5 años	56%		
	Mas de 5 años de diagnóstico	34.1%		
	No respondió/no sabía	9.9%		
Antecedentes familiares	Familiares de primer grado (padres, hijos)	61.2%		
	Familiares de segundo grado (hermanos y abuelos)	11.1%		
	Familiares de tercer grado (tíos)	11.1%		
	No respondió/ no sabía	16.6%		
Tabaquismo en el pasado	Si	41.4%	Hombres	66.7%
	No	34.50%		
	No respondió	24.10%		
Complicaciones de la DM2	Si	72%	Problemas de circulación	52%
			Problemas en la visión	44%
			Problemas renales	4%
Comorbilidades	Hipertensión	72%		
	Obesidad	20%		

Fuente: Elaboración propia

Nota. n=40

3. Manifestaron que “comen cuando hay”, lo que refleja la ausencia de horarios definidos. Por ejemplo, pueden ingerir dos platos de comida a las 17 horas ante la incertidumbre de cuándo volverán a disponer de alimentos. En este contexto, se propuso racionar la comida disponible: consumir una porción y reservar la otra para 3 o 4 horas más tarde.

4. Se recomendó incorporar frutas accesibles en la comunidad y de estación, como el pomelo, preferentemente con su pulpa.

5. Algunos participantes mencionaron sustituir las gaseosas por “aguas saborizadas” o jugos; se sugirió, en cambio, priorizar el consumo de agua.

6. Se explicó el contenido de sodio y azúcar presente en alimentos industrializados que los participantes consideraban “saludables”, como queso untado, aguas saborizadas, agua tónica y galletitas “light”, con el fin de promover una alimentación menos dependiente de productos ultraprocesados.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la adherencia al tratamiento de la DM2 en la comunidad qom está profundamente atravesada por DSS, tanto estructurales como intermedios, que condicionan la posibilidad real de sostener las recomendaciones biomédicas. Las tensiones observadas no responden únicamente a decisiones individuales, sino a un entramado de desigualdades históricas, económicas, culturales y de acceso a servicios de salud, basados en recomendaciones médicas y nutricionales que presuponen condiciones de vida estables y recursos disponibles, mientras que los pacientes enfrentan realidades de vulnerabilidad que dificultan sostener esas prácticas. Teniendo en cuenta el marco conceptual propuesto por Solar e Irwin (2010), las tensiones observadas se explican por la interacción entre determinantes estructurales, que configuran la posición social de los grupos y determinantes intermedios, que median sus efectos sobre las condiciones de vida, los comportamientos y la exposición diferencial a riesgos.

Determinantes estructurales: desigualdad socioeconómica y vulnerabilidad histórica

La dimensión económica emergió como uno de los determinantes más relevantes. Esta condición limita el acceso a alimentos saludables y a recursos materiales constituyendo una barrera en la continuidad terapéutica. Estos hallazgos se inscriben

en lo que la OMS define como determinantes estructurales, es decir, las condiciones socioeconómicas y la distribución desigual de recursos que generan posiciones sociales diferenciadas. Nacer y crecer en un contexto socioeconómico desfavorable influye directamente en la generación de desigualdades en salud, cuyas consecuencias se manifiestan desde edades tempranas, se reproducen en la vida adulta y se transmiten intergeneracionalmente. Estas inequidades, derivadas de una distribución heterogénea de los recursos y de la persistencia de barreras en el acceso a derechos fundamentales, afectan de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables (Hernández-Teixidó et al., 2023). En poblaciones indígenas, estas desigualdades se ven reforzadas por procesos de colonización, desplazamiento territorial y exclusión de los sistemas de salud, lo que contribuye a mayores prevalencias de DM2 y a menores niveles de adherencia terapéutica.

Determinantes intermedios: género, roles de cuidado y condiciones de vida

Entre los determinantes intermedios, el género ocupa un lugar central. Aunque en la población general el sexo masculino suele asociarse a mayor riesgo de DM2, en comunidades indígenas latinoamericanas se observa un patrón inverso: las mujeres presentan mayor riesgo debido a mayores índices de IMC y a la triple carga de vulnerabilidad: ser mujer, indígena y pobre (Bermedo, 2015; Cardona Arias et al., 2012; Cruz-Sánchez & Arceo, 2020)

En este estudio, la adherencia fue mayor en hombres, lo que se vincula con los roles de cuidado: cuando el hombre enferma, la preparación de alimentos y la gestión de la medicación suelen ser asumidas por mujeres (esposas o hijas). En cambio, cuando la mujer es la paciente, no siempre existe una figura que asuma ese rol, lo que repercute negativamente en su adherencia. Este hallazgo evidencia cómo los mandatos de género operan como determinantes intermedios que modulan la capacidad de seguir un tratamiento.

Transición alimentaria y pérdida de la dieta tradicional

Se ha demostrado que la dieta tradicional indígena tiene un efecto protector frente a enfermedades crónicas como la diabetes (Hernández-Torres &

Hernández-Nava, 2019). Sin embargo, los procesos de urbanización forzadas y la inserción en economías capitalistas han promovido la incorporación de prácticas alimentarias nocivas, con mayor consumo de ultraprocesados y menor acceso a alimentos frescos (Hernández-Torres & Hernández-Nava, 2019; Hirsch & Alonso, 2020).

En este contexto, las mujeres, principales responsables de las prácticas de cuidado tanto del paciente con DM2 como de sí mismas, deben sostener dietas específicas en condiciones de carencia y dentro de grupos familiares con diversidad etaria, lo que complejiza aún más la adherencia terapéutica (Hirsch & Alonso, 2020). Esta situación muestra como los determinantes de la vida cotidiana (ingresos, disponibilidad de alimentos, organización doméstica) influyen en la posibilidad de cumplir con las recomendaciones nutricionales.

Determinantes relacionados con el sistema de salud: barreras lingüísticas, culturales y comunicacionales

Otro conjunto de tensiones se vincula con los determinantes intermedios relacionados con el sistema de salud. La falta de interculturalidad, el uso de un lenguaje técnico poco comprensible y la escasa consideración de las prácticas y tiempos comunitarios dificultan la comprensión del tratamiento (Hernández-Torres & Hernández-Nava, 2019). La adherencia depende en gran medida de la capacidad de leer, interpretar y seguir la prescripción médica (Albuquerque et al., 2016), pero estas habilidades se ven afectadas cuando la comunicación no es clara o no se ajusta a la cosmovisión local.

Estudios en otras poblaciones indígenas, como Samoa, muestran que el desconocimiento de los síntomas y de la medicación genera desconfianza y abandono del tratamiento (Hardin et al., 2025). En la comunidad qom, esta situación se agrava por la ausencia de un término equivalente a “crónico”, lo que dificulta transmitir la idea de una enfermedad de por vida. La asintomatología inicial y la falta de comprensión de la fisiopatología también favorecen la discontinuidad terapéutica.

Sumado a lo anterior, la falta de noción de cronicidad observada en esta comunidad como en otras como la tapieté de Salta (Hirsch & Alonso, 2020), evidencia la necesidad de una educación diabetológica intercultural, orientada no solo a que las personas

pertencientes a comunidades indígenas comprendan la magnitud de la DM2, sino también a que el personal de salud conozca en profundidad a la población con la que trabaja: su lengua, su cultura, sus tiempos y su concepción de salud.

Conclusiones

Desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, las tensiones más relevantes identificadas en este estudio corresponden al ámbito socioeconómico, sanitario y sociocultural.

Se observó que los determinantes estructurales, como la posición socioeconómica, la desigualdad de género y las formas persistentes de colonialidad que atraviesan la vida cotidiana de la comunidad qom, generan determinantes intermedios, que limitan la adherencia al tratamiento de la diabetes. Entre ellas destacan la alimentación limitada y deficitaria en nutrientes, la sobrecarga de roles de cuidado asignados a las mujeres, la información incompleta sobre la enfermedad y la ausencia de educación diabetológica intercultural.

Estos hallazgos muestran que la adherencia no puede comprenderse únicamente como una conducta individual, sino como el resultado de un entramado de factores estructurales y simbólicos que configuran los itinerarios terapéuticos de los pacientes qom con DM2. En este sentido, se vuelve necesario profundizar en el análisis de los procesos socioculturales que median la relación con el sistema de salud, las estrategias comunitarias de afrontamiento y las tensiones derivadas de vivir y padecer la enfermedad en contextos de vulnerabilidad histórica.

Finalmente, los resultados subrayan la urgencia de diseñar intervenciones que integren la perspectiva intercultural, fortalezcan la educación en diabetes y aborden las barreras materiales y simbólicas que condicionan la continuidad del tratamiento. Avanzar en esta dirección no solo contribuiría a mejorar la adherencia terapéutica, sino también a reducir inequidades en salud que afectan de manera desproporcionada a los pueblos indígenas.

Bibliografía

Agardh, E., Allebeck, P., Hallqvist, J., Moradi, T., & Sidorchuk, A. (2011). Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: A systematic review and

- meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 40(3), 804–818. <https://doi.org/10.1093/ije/dyr029>
- Albuquerque, G. S. C. de, Nascimento, B. do, Gracia, D. F. K., Preisler, L., Perna, P. de O., & Silva, M. J. de S. e. (2016). ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ANALFABETOS AO USO DE MEDICAMENTO A PARTIR DA PRESCRIÇÃO PICTOGRÁFICA. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14, 611–624. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>
- Bermedo, S. (2015). Dimensiones y significados que adquiere el proceso salud/enfermedad/atención en usuarios mapuche – willeche con diabetes mellitus e hipertensión arterial. *Revista Chilena de Salud Pública*, 19(1), 47–52. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2015.36339>
- Cardona Arias, J. A., Rivera Palomin, Y., & Llanes Agudelo, O. M. (2012). PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS Y DISLIPIDEMIAS EN INDÍGENAS DEL RESGUARDO CAÑAMOMOLOMAPRIETA, COLOMBIA. *Investigaciones Andina*, 14(24), 414–426.
- Cruz-Sánchez, M., & Arceo, M. de los Á. C. (2020). El significado de la diabetes mellitus entre indígenas chontales de Tabasco, México. *Población y Salud en Mesoamérica*. <https://doi.org/10.15517/psm.v18i1.40092>
- FID. (2025). Atlas de la diabetes de la FID 2025. *Atlas de la diabetes*. <https://diabetesatlas.org/es/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
- Gracey, M. (2007). Nutrition-related disorders in Indigenous Australians: How things have changed. *Medical Journal of Australia*, 186(1), 15–17. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb00779.x>
- Hardin, J., Aiolupotea, M. fulu, Lees, T., Lima Laifa, U., Boodoosingh, R., Maua, F., Aiavao, T., & Williams. (2025, marzo 28). *Artículo completo: Atención de la diabetes en Samoa: La prevención como atención insuficiente y las lagunas de conocimiento que produce*. <https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2482768>
- Hernández-Teixidó, C., López-Simarro, F., Arranz Martínez, E., Escobar Lavado, F. J., & Miravet Jiménez, S. (2023). Vulnerabilidad y determinantes sociales en diabetes. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 49(8), 102044. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102044>
- Hernández-Torres, F. A., & Hernández-Nava, N. (2019). Análisis del perfil epidemiológico de la comunidad indígena de Hueyapan, Morelos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 57(5), 291–298.
- Hirsch, S., & Alonso, V. (2020). [The emergence of diabetes in a Tapiete community of Salta: Gender, ethnicity and relations with the health system]. *Salud Colectiva*, 16, e2760. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2760>
- Ibacache, B. J. (1997). *La salud, el desarrollo y la equidad en un contexto intercultural*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/12/?sequence=1
- Instituto Geográfico Nacional, I. G. (2025). *Argenmap*. Argenmap. <https://mapa.ign.gob.ar>
- Lagranja, E., Vallenggia, C., & Navarro, A. (2014). Food practices and physical activity in adults of a Toba population of the province of Formosa, Argentina. *Diaeta*, 32(146), 35–41.
- Ministerio de Salud Argentina. (2023). *Atención Primaria de la Salud (APS) con abordaje inclusivo, intercultural y situado*. Scribd. <https://es.scribd.com/document/701262628/aps-abordaje-inclusivo-intercultural-situado-derecho-a-la-salud-sistema-de-salud-argentina>
- Olmedo, S., Berra, S., & Vallenggia, C. (2018). Perspectivas de madres Qom sobre la salud infantil. *Los pueblos indígenas de America Latina Actas del CIPIAL. Santa Rosa: EdUNLPam*, 1–29.
- OMS. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018). Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59(3), 163–172.
- Rodríguez Chamorro, M. Á., García-Jiménez, E., Amariles, P., Rodríguez Chamorro, A., & José Faus, M. (2008). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atencion Primaria*, 40(8), 413–417. <https://doi.org/10.1157/13125407>
- Sinclair, M., Lavalle, B., Cyr, M., & Schultz. (2023). *Pueblos indígenas y diabetes tipo 2: Un análisis de las heridas coloniales y el racismo epistémico—Revista Canadiense de Diabetes*. [https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671\(23\)00031-X/fulltext](https://www.canadianjournalofdiabetes.com/article/S1499-2671(23)00031-X/fulltext)

- Solar O, Irwin A (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva, Switzerland: WHO; [September 22, 2016]. (Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice).
http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf.
- Stivanello, M. B. (2015). *Aportes al debate de la Interculturalidad en Salud*. 76.
<https://www.margen.org/suscri/margen76/stivanello76.pdf>
- Weisman, A., Fazli, G. S., Johns, A., & Booth, G. L. (2018). Evolving Trends in the Epidemiology, Risk Factors, and Prevention of Type 2 Diabetes: A Review. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(5), 552–564.
<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2018.03.002>
- Yusuf, S., Hawken, S., Ôunpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J., & Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet*, 364(9438), 937–952.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)