

PROBLEMAS DE SALUD DE NIÑAS Y NIÑOS INDÍGENAS

Mejorar Sus Condiciones de Vida Para Garantizar el Derecho a la Salud. Argentina, 2011

Stella Maris Orzuza

Instituto de la Salud Juan Lazarte- Rosario – Argentina.
Psicóloga; Facultad de Psicología/UNR. Especialista
en Epidemiología; Facultad de Ciencias Médicas/UNR.
Docente de Metodología de la Investigación. Facultad de
Psicología/UNR. Becaria doctoral del Consejo Nacional
de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
stella.m.orzuza@gmail.com

Resumen

Avanzando en la comprensión de la determinación social de los procesos salud enfermedad y su distribución en poblaciones con características étnicas, se presentan resultados de un estudio que analiza la situación de salud de la población infantil perteneciente a la etnia Qom en Rosario (Santa Fe, Argentina). Para ello, se define utilizar una metodología compleja, que integre información proveniente de fuentes primarias y secundarias. Se presentan los motivos de consulta a un centro de atención primaria de la salud público por niñas y niños (0-10 años) residentes en la localidad de Rosario, Argentina. Los resultados indican que las enfermedades identificadas repiten el perfil de morbilidad de la infancia en situación de pobreza. De mayor frecuencia son las enfermedades del sistema respiratorio, luego las infecciosas y parasitarias que incluyen diarrea como principal motivo de consulta y Chagas. También se reconocen enfermedades endocrinas y nutricionales, principalmente obesidad y desnutrición. Las enfermedades identificadas son prevenibles y evitables. Los determinantes de estos problemas de salud se encuentran en la migración, la menor accesibilidad a servicios públicos imprescindibles como el agua, la presencia de animales enfermos y dietas insuficientes en cantidad y calidad. Considerando el carácter evitable de los problemas de salud, se considera y recomienda que se organicen, programen y distribuyan los recursos sanitarios desde una óptica que privilegie lo preventivo y no solamente lo curativo y que incluya la participación de la comunidad para alcanzar estos cambios necesarios.

Palabras-clave

Etnia. Salud infantil. Registros sanitarios.

DIREITO em Debate

REVISTA DO DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS DA UNIJUÍ
<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate>

Ano XXII nº 40, jul.-dez. 2013 – ISSN 2176-6622

p. 91-117

HEALTH PROBLEMS OF INDIGENOUS CHILDREN.

Improve their living conditions to guarantee the right to health. Argentina, 2011.

Abstract

Advancing on the social determinants of health and disease processes and their distribution in populations with ethnic features, we present results of a study analyzing the health situation of children belonging to ethnic Qom in Rosario (Santa Fe, Argentina). We using a complex methodology that integrates information from primary and secondary sources. We present the reasons for consulting to a public primary health care center for children (0-10 years) living in the town of Rosario, Argentina. The results indicate that the diseases identified repeat the morbidity profile of children in poverty. Of most often are respiratory diseases, infectious and parasitic diseases, including diarrhea as the main reason for consultation and Chagas. Also recognized endocrine and nutritional diseases, mainly obesity and malnutrition. The identified diseases are preventable and avoidable. The determinants of these health problems are in migration, less access to essential public services such as water, the presence of diseased animals and diets inadequate in quantity and quality. Considering that the health problems identified are preventable, we consider and recommend organize, schedule and distribute health resources from a perspective that emphasizes the preventive and not only the curative, and that includes community participation to achieve these changes.

Keywords

Ethnicity. Child health. Medical records.

Sumario

1 Introducción. 2 Metodología. 3 Principales Problemas de Salud de Niñas y Niños Qom. 4 Análisis de los Principales Motivos de Consulta: Enfermedades Respiratorias, Parasitarias e Infecciosas y Enfermedades Metabólicas, Nutricionales y Endocrinas. 5 Enfermedades Infecciosas y Parasitarias. 6 Enfermedades Endócrinas, Nutricionales y Metabólicas. 7 Análisis de los Motivos de Consulta que no Implican Patología Según Clasificación CIE 10. 8 Conclusiones. 9 Referencias.

1 INTRODUCCIÓN

La población de América Latina se integra por un amplio espectro de herencias y ascendencias culturales que permite identificar algunos grupos poblacionales como étnicos/raciales. Estos grupos, con el mayor tiempo de radicación en nuestros territorios, junto a las comunidades afrodescendiente representan más del 25% de la población total de la región (OMS; OPS, 2003). No obstante, este importante sector de la población presenta brechas desfavorables e injustas en sus condiciones de vida y en el acceso a los servicios.

En los últimos años, especialmente impulsado desde organismos internacionales, ha crecido la preocupación y visibilización de los grupos étnicos. Se señala críticamente un menor acceso a los servicios de salud y perfiles salud enfermedad más complejos (Cepal, 2011). Esta situación desfavorable, ha sido abordada desde la perspectiva de derechos considerando la mayor vulneración y menor equidad en salud de estos pueblos, incluyendo su histórico relegamiento, sometimiento, expropiación de sus tierras y migración forzada. Coincidentemente, en la IV Conferencia Interparlamentaria de Salud y Pueblos Indígenas, Afrodescendientes y otras etnias (2005) se señaló críticamente que es injustificable desde el punto de vista social y una violación a los derechos humanos persistir con una situación de desigualdad que afecta al 25% de la población de la región.

La condición étnico-racial es una causa reconocida de desigualdades e inequidades en el campo de la salud, especialmente señalado por los desarrollos de la epidemiología social y la epidemiología sociocultural (Barata, 2009; Haro, 2010). No obstante, se advierte la escasez y falta de especificidad en la información sanitaria producida en América Latina. Ello constituye una seria limitante para el diseño y evaluación de intervenciones y políticas de salud tendientes a aminorar la brecha de inequidades entre grupos poblacionales.

La desigual propensión a padecer problemas de salud por características sociales diversas tales como riqueza, educación, ocupación, raza/etnia, género y condiciones de la vivienda ha sido documentada principalmente a partir del

siglo 19. Si bien distintas teorías han buscado comprender las desigualdades sociales en salud (Breilh, 1981; Marmot & Wilkinson, 1999; Samaja, 2000; Hofrichter, 2003) se puede entender que, desde la terminología actual, todas coinciden en que las desigualdades en salud expresan la injusticia social y el desrespeto por los derechos humanos de amplios espectros de la población. Las desigualdades en el estado de salud están fuertemente entrelazadas a la organización social y tienden a reflejar el grado de inequidad existente en cada sociedad. En relación a los grupos étnicos, la consideración de las desigualdades sociales lleva a una doble determinación: la posición social que ese grupo ocupa en la sociedad y la aceptación/rechazo que puedan tener frente a los grupos mayoritarios. El significado concreto que la raza/etnia adopta como variable social predictora de los estados de salud, es modelado por el medio histórico, socioeconómico, cultural y epidemiológico, siendo prácticamente imposible establecer reglas universales sobre las relaciones entre raza/etnia y salud. Por ello, es necesario indagar la situación de salud y sus determinantes, en contextos particulares (Barata, 2009).

La epidemiología crítica es particularmente fecunda para abordar este tema ya que ha contribuido a visibilizar las situaciones desventajosas de determinados grupos sociales al interior de las heterogéneas sociedades. Desde esta perspectiva, la epidemiología como campo de conocimiento y de intervención, asume el estudio de las relaciones entre las condiciones de vida y la situación de salud en diferentes grupos de población; fundamentado en los esfuerzos sociales por transformar la salud en función de la modificación de aquellas condiciones objetivas de existencia (Castellanos, 1997).

La población indígena constituye menos del 3% del total de la población argentina, ello implica que una escasa minoría de la población se reconoce descendiente o perteneciente a pueblos indígenas. Según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005 (ECPI), los Qom representan el tercer pueblo indígena por el tamaño de su población. Este pueblo presenta una variada y rica tradición histórico-cultural y preserva su lengua tradicional denominada Q'omlactaca. Su situación social, económica y educativa se en-

cuentra en desventaja en relación con otras etnias. Se ha documentado que su perfil etario denota patrones de fecundidad y mortalidad muy elevados: casi la mitad de la población son niñas, niños y adolescentes menores de quince años, mientras que a nivel nacional dicho porcentaje se reduce significativamente (28,3%) (Duro et al., 2011). Según el mismo estudio, los indicadores educativos para la población de más de quince años de edad revelan que, en la región donde se concentra la mayor parte de su población (región norte del país), el 19,6% no ha recibido instrucción formal alguna a lo largo de su vida, mientras que la proporción de personas sin instrucción para el total nacional es del 3,7%. Ello evidencia una brecha desfavorable e injusta para el pueblo Qom. Los datos recogidos por el estudio de Unicef muestran también que los varones han logrado alcanzar niveles de educación más elevados que las mujeres, algo que no ocurre en el caso de otros pueblos indígenas (por ejemplo, entre los kolla y los mapuche) ni tampoco a nivel nacional. Los autores consideran que posiblemente la brecha educativa por sexo es más pronunciada entre las generaciones adultas que entre las más jóvenes y se irá disipando con el avance educativo de las nuevas generaciones.

La mayor vulnerabilidad social de los pueblos indígenas respecto a la población nacional se pone de manifiesto también en su prácticamente nulo acceso a coberturas de salud. Sólo el 10% de la población toba cuenta con este servicio. Esta situación indica el limitado acceso a empleos de carácter regular y, por consiguiente, la imposibilidad de acceder a una obra social o servicio de salud privado (Duro et al., 2011).

La ciudad de Rosario, ubicada en el sur de la provincia de Santa Fe, es la tercera ciudad de Argentina en cantidad de habitantes y uno de los centros culturales, deportivos y económicos más importantes. Su población presenta un panorama heterogéneo en características socioeconómicas y culturales que determinan la convivencia de indicadores de salud favorables en ciertas áreas con situaciones de gran fragilidad en otras, particularmente, en la periferia.

La población étnica más numerosa en esta localidad es el pueblo Qom, a pesar de que esta ciudad no se encuentra en la zona que tradicionalmente habitaban. A partir de la década del sesenta, comienzan flujos migratorios de ciudadanos qom que se radican, originalmente, en zonas inundables de la región norte de esta localidad. Posteriormente, a partir de la construcción del Barrio Municipal Toba por el Servicio Público de la Vivienda en el año 1991, aproximadamente 3.000 ciudadanos se trasladan a este barrio, ubicado en la zona suroeste de esta localidad. Se edificaron 352 viviendas. Rápidamente comienza a crecer un asentamiento irregular a sus márgenes, en parte ocupado por familiares de los primeros residentes. Simultáneamente, comienza a funcionar una sala de atención primaria de la salud de gestión municipal en una de las casas del barrio, hasta la edificación del Centro de Salud Municipal Toba en el año 1998. Actualmente, ocho asentamientos irregulares acompañan la precaria urbanización de la zona, así como otros cinco barrios construidos por el Servicio Público de la Vivienda para relocalizar asentamientos irregulares de otras zonas de la ciudad. En este sector, se ubican dos centros de atención primaria de la salud públicos, dos instituciones educativas públicas bilingües de educación primaria y secundaria, dos centros socioeducativos estatales y un centro comunal que realiza actividades recreativas y de capacitación.

La homogeneidad en la arquitectura original de las viviendas, la urbanización por el estado municipal y la pertenencia étnica de sus habitantes confieren al Barrio Municipal Toba una identidad particular al interior de la ciudad.

La situación de la infancia étnica, escasamente analizada en el contexto local, toma particular importancia desde los documentos internacionales de derechos. Se señala una alta tasa de mortalidad infantil, malnutrición y mortalidad materna en la población indígena (Comité de los Derechos del Niño, 2009). En el contexto local no se dispone de información epidemiológica sobre la situación de salud de niños y niñas indígenas, lo cual contribuye a la escasa visibilidad y a la marginación del grupo. Para monitorear y promover los derechos de niños y niñas, son necesarios datos actualizados y detallados respecto

a sus condiciones de vida, su estado de salud, sus posibilidades de acceso a la escolarización y al grado de protección que reciben contra el abandono, los abusos, la violencia y la explotación.

Los análisis de situación de salud permiten estudiar la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política. Estos diagnósticos resaltan a grupos de población con diferentes grados de postergación resultante de las condiciones y calidad de vida desiguales que se desarrollan en ambientes específicos (OPS, 1999). El conocimiento de la situación de salud de los pueblos indígenas es una tarea prioritaria para alcanzar políticas sanitarias inclusivas que permitan superar las profundas brechas de inequidad que los afectan.

Ante esta situación, se realizó un estudio epidemiológico con el objetivo general de analizar la situación de salud de niñas y niños Qom (0-10 años) residentes en la localidad de Rosario, Argentina, en el año 2011. En este artículo se presentan los resultados correspondientes a uno de los objetivos específicos que busca identificar los problemas de salud registrados en el centro de atención primaria de la salud de gestión pública cuya área de referencia incluye este barrio, para la población 0-10 años, en combinación con las condiciones de vida, entendidas como mediadoras en la situación de salud de los grupos sociales.

Previamente a la realización del estudio, se realizaron acuerdos con la dirección del centro de atención primaria de la salud y la dirección de un centro cultural, ambos ubicados en el barrio en estudio. Ello no solamente facilitó el acceso a la información necesaria para la concreción del estudio sino que favoreció la utilización de la información resultante para el mejoramiento de la situación de salud de la infancia étnica.

2 METODOLOGÍA

Se define realizar un estudio epidemiológico, transversal, para el análisis de la situación de salud de la población infantil (0-10 años) descendiente de la etnia Qom residente en el barrio Municipal Toba de la ciudad de Rosario.

Se define la realización de un análisis de situación de salud a través de la consulta a los registros sanitarios para la población seleccionada en el año 2011, en combinación con las condiciones de vida entendidas como medidoras en la situación de salud de los grupos sociales. Para ello, teóricamente se orienta este estudio por los desarrollos de la epidemiología crítica.

Para analizar la situación de salud de la población infantil (0-10 años) perteneciente o descendiente de la etnia Qom se selecciona un barrio del sector suroeste de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, Argentina. El Barrio Municipal Toba fue edificado en el año 1991 y cuenta con 352 viviendas. Originalmente, se construye para 3.000 habitantes Qom pero informantes claves refieren un número mayor en la actualidad. Las viviendas se encuentran desmejoradas por el paso del tiempo y la falta de mantenimiento regular. Al sur, linda con las viejas vías del Ferrocarril Mitre. Por el oeste, coincide con el margen suroeste de la ciudad según la cartografía municipal, ubicándose en uno de los límites del municipio.

La población en estudio fueron las niñas y los niños de 0 a 10 años pertenecientes o descendientes del pueblo Qom y sus familias, residentes del Barrio Municipal Toba en la ciudad de Rosario, Argentina.

Para identificar los problemas de salud de la población en estudio, se recurrió a fuentes secundarias, accediendo a las planillas de consulta diaria del Centro de Salud Municipal Toba del año 2011 a través de la Dirección de Estadísticas de Atención Primaria de la Salud (APS). Se seleccionan los registros de consulta de este centro de atención primaria de la salud por su mayor tiempo de radicación en el barrio y la importante afluencia de consultas que recibe de esta población. Como la información requerida no se encontraba procesada, se realizó una recuperación manual a través de una planilla ad hoc confeccionada en el programa Microsoft Excel versión 2003 que incluye: motivo de consulta, domicilio, edad, sexo y especialidad. Se utiliza georeferenciamiento de domicilios para identificar la información de la población 0-10 años radicada en el barrio Municipal Toba. El georeferenciamiento se realizó con base a las consultas por mes y por año. Los motivos de consulta se

clasificaron según la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, por grupo etario y sexo. Se analizó la información obtenida estadísticamente, estableciendo los principales motivos de consulta por frecuencias absolutas.

Respetando el manual CIE 10 utilizado para nombrar las prácticas en salud, se clasificaron los motivos de consulta según los capítulos de este manual. Los capítulos I a XVII remiten a enfermedades u otras condiciones de morbilidad. El capítulo XVIII cubre síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, que no se identifican con cuadros clínicos, mientras que el capítulo XIX se refiere a morbilidad provocada por traumatismos, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas. Finalmente, el capítulo XXI “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con servicios de salud”, incluye la concurrencia a los servicios de salud por motivos que no implican morbilidad.

Las condiciones de vida se obtuvieron a través de observación directa no participante. Se recogen características de la vivienda y del barrio. Se estableció una grilla de observación ad hoc que se aplicó durante las salidas a terreno. Se analizaron los servicios públicos accesibles a la vivienda (agua de red, gas, electricidad), presencia de animales sueltos, residuos en el interior del domicilio y elementos cortantes o de riesgo observables en el espacio perimetral de la vivienda. En relación al barrio, se registraron los lugares de recreación, espacios verdes, instituciones educativas, sanitarias o recreativas estatales o privadas, transporte público, presencia de basurales. Se complementó con las percepciones sobre la calidad de los servicios públicos brindadas por informantes claves y ciudadanos Qom.

3 PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE NIÑAS Y NIÑOS QOM

Se relevaron 1.144 consultas para la población en estudio, correspondiendo 613 a las niñas y 531 a los varones. Por grupo etareo, se registraron 500 consultas por niñas y niños 0-1 años, 421 por niñas y niños 2 a 5 años y 223 en las edades comprendidas entre los 6 y los 10 años. El total de consultas

correspondientes a los capítulos destinados a enfermedades u otras condiciones de morbilidad (capítulos 1 a 17) representan el 71,9% (823) de las consultas. Mientras que las 320 restantes se agrupan en los capítulos correspondientes a control del niño sano, traumatismos, signos o síntomas que no llegan a constituir patología o datos perdidos.

Según se aprecia en la Tabla nº 1, los principales motivos de consulta durante el año 2011 se incluyen en el capítulo décimo correspondiente a enfermedades del sistema respiratorio. A continuación, pero con una representación marcadamente menor, se encuentran las enfermedades comprendidas en el capítulo I “Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias”. Luego, se ubican las enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo. Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocupan el cuarto lugar, y las enfermedades del sistema nervioso se ubican a continuación. Es necesario aclarar que la magnitud que adoptan este último grupo de enfermedades se debe a que el centro de salud, al evidenciar la presencia de personas con discapacidad en su área de referencia y la lejanía de las instituciones que pudieran atender ese tipo de patologías, pidió que una kinesióloga integre su equipo de profesionales. Las consultas por este grupo de patologías son, en su mayoría, atendidas por este profesional.

Los últimos motivos de consulta fueron por enfermedades del aparato genitourinario; del capítulo III “Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad” y finalmente las “Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides”. Cabe aclarar que de las enfermedades comprendidas en el capítulo III, las consultas se debieron exclusivamente a anemias de distinto tipo. Luego, con un número similar de consultas, se ubican las enfermedades del aparato digestivo; ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal y las enfermedades del ojo y sus anexos.

Tabla nº 1 – Motivos de consulta de niñas y niños 0-10 años del Barrio Municipal Toba según clasificación del CIE 10 Cap. I a XVII. Año 2011

Clasificación internacional de Enfermedades (CIE 10)	Frecuencia	%
Enfermedades respiratorias	531	64,52
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	85	10,33
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	53	6,44
Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales	33	4,01
Enfermedades del sistema nervioso	26	3,159
Enfermedades del aparato genitourinario	20	2,43
Enfermedades de la sangre	18	2,19
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	17	2,066
Enfermedades del aparato digestivo	12	1,458
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	11	1,337
Enfermedades del ojo y sus anexos	10	1,215
Trastornos mentales y del comportamiento	3	0,365
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	3	0,365
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	0,122
TOTAL	823	100

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

Si se analizan los motivos de consulta por sexo, se observa una mayor representación de las niñas, correspondiéndoles el 55,5% de las consultas, mientras que los varones consultaron en un 44,5%. La variación en la distribución por capítulos en ambos sexos es heterogénea, como se muestra en la siguiente Tabla:

Tabla nº 2 – Motivos de consulta de niñas y niños 0-10 años del Barrio Municipal Toba según clasificación del CIE 10 Cap. I a XVII por sexo. Año 2011

CIE 10	Frecuencia	Niñas	%	Niños	%
Enfermedades respiratorias	531	281	52,9	250	47
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	85	40	47	45	52,9
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	53	24	45,3	29	54,7
Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales	33	26	78,8	7	21,2
Enfermedades del sistema nervioso	26	26	100	0	0
Enfermedades del aparato genitourinario	20	12	60	8	40
Enfermedades de la sangre	18	8	44,4	10	55,5
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	17	13	76,5	4	23,5
Enfermedades del aparato digestivo	12	8	66,6	4	33,3
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	11	10	90,9	1	9,1
Enfermedades del ojo y sus anexos	10	7	70	3	30
TOTAL	816	453	55,7	363	44,3

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

Exceptuando los tres primeros grupos de enfermedades correspondientes a patologías respiratorias, infecciosas y parasitarias y enfermedades de la piel y tejido subcutáneo, en los cuales la representación de ambos sexos es relativamente homogénea, habiendo una variación menor al 10%, para los demás capítulos se presenta una diferencia mayor cuya expresión más significativa se observa en las enfermedades del sistema nervioso, donde todas las consultas fueron realizadas por niñas. El diagnóstico recogido de las planillas de consulta diaria es “parálisis cerebral”, excepto en un caso en que no se registró código del CIE 10 y se define incluirlo en este capítulo por la enunciación del médico tratante que decía “lesión cerebral”. La totalidad de niñas tratadas entre pediatría y kinesiología (profesiones que notificaron estos motivos de consulta) fue de 6 niñas que continúan en tratamiento y bajo control pediátrico durante el año 2011. Una situación similar sucede con las afecciones originadas en el periodo perinatal, donde la totalidad de consultas femeninas son realizadas en relación a una misma niña desde sus dos meses de edad. Es elocuente que en todos los casos las diferencias son mayores a favor de las niñas, superando, algunas veces, el 40%.

Si se analiza por grupos etarios, se evidencia que la mayoría de las consultas se realizan por niñas y niños cuyas edades se encuentran comprendidas entre el nacimiento y los cinco años, constituyendo el 84% de las consultas por los principales motivos de consulta del año 2011. Las diferencias que se observan por grupos etarios se encuentran en el capítulo sobre enfermedades del aparato genitourinario, donde el grupo etario de 2 a 5 años concentra la mayoría de las consultas y en el capítulo sobre enfermedades endócrinas, metabólicas y nutricionales donde el grupo etario 0-1 año se encuentra en menor medida representado. Es elocuente que en este capítulo, para todos los grupos etarios, las niñas se encuentran mayormente representadas, siendo particularmente significativo que en el grupo de niñas y niños 6 a 10 años solamente una consulta de las catorce registradas corresponde a un varón.

Tabla nº 3 – Motivos de consulta de niñas y niños 0-10 años del Barrio Municipal Toba según clasificación del CIE 10 Cap. I a XVII según grupo etario. Año 2011

motivo de consulta Grupo de edad	0 a 1 años			2 a 5 años			6 a 10 años		
	niña	niño	total	niña	niño	total	niña	niño	total
Enfermedades respiratorias	128	133	261	119	91	210	34	26	60
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	17	22	39	17	14	31	6	9	15
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	8	10	18	10	10	20	6	9	15
Enfermedades endócrinas, metabólicas y nutricionales	6	1	7	7	5	12	13	1	14
Enfermedades del sistema nervioso	2	0	2	19	0	19	5	0	5
Enfermedades del aparato genitourinario	1	2	3	8	6	14	3	0	3
Enfermedades de la sangre	3	6	9	2	4	6	3	0	3
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	0	0	0	5	3	8	6	3	9
Enfermedades del aparato digestivo	2	1	3	3	0	3	3	3	6
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	10	1	11	0	0	0	0	0	0
Enfermedades del ojo y sus anexos	5	1	6	2	2	4	0	0	0

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

4 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA: Enfermedades Respiratorias, Parasitarias e Infecciosas y Enfermedades Metabólicas, Nutricionales y Endocrinas

Las enfermedades respiratorias constituyen el principal motivo de consulta. Indagando factores de riesgo para este grupo de enfermedades, se señalan a la lactancia materna inadecuada, la desnutrición, la enfermedad parasitaria, el fumador pasivo y el hacinamiento. Las enfermedades infecciosas agudas y la nutrición tienen un doble vínculo. Por un lado, la desnutrición le significa al niño/a mayores probabilidades de contraer infecciones respiratorias. Por otro, si no se presta la adecuada atención a la alimentación de las y los niños enfermos, estas enfermedades pueden producir déficit en el crecimiento y desarrollo del niño, pérdida de peso y desnutrición en un niño o una niña originalmente bien nutrido. La parasitosis, al reducir la apetencia, favorece también la aparición de enfermedades. En relación al hacinamiento, se plantea que las y los niños que duermen en una habitación donde hay más de tres personas, se encuentran predispuestos a adquirir este tipo de enfermedades, pues los adultos pueden tener alojados en las vías respiratorias microorganismos que se mantienen de forma asintomática y son capaces de transmitirlos (Prieto Herrera, Russ Durán & Reitor Landrian, 2000). El uso de combustibles orgánicos para calefaccionar la vivienda y la exposición al frío y la humedad también han sido identificados como factores de riesgo (Victora, 1999), evidenciando cómo las condiciones de la vivienda repercuten en la situación de salud de la infancia.

En este estudio pudo identificarse la presencia de hacinamiento. También se identifican casos de desnutrición y parasitosis que serán ampliados más adelante. Sin embargo, no pudieron cruzarse los datos para conocer si los mismos niños presentan las diversas enfermedades. Los demás factores de riesgo no pudieron ser indagados.

5 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Dentro de este capítulo, se hallan incluidas aquellas afecciones causadas por agentes patógenos presentes en el medio en que se desenvuelve el ser humano. La particularidad de las afecciones que lo conforman, que incluyen

dolencias evitables como las enfermedades infecciosas intestinales, o asociadas a la pobreza como la tuberculosis, o epidémicas como el VIH ameritan la desagregación de este capítulo en algunas de las enfermedades que la integran. A continuación, en la Tabla nº 4, se presenta desagregado el capítulo correspondiente a enfermedades infecciosas y parasitarias en las afecciones que tuvieron mayor frecuencia de consultas. El sexo no parece ser una variable que haya influido en la distribución de estas enfermedades.

Tabla nº 4 – Consultas por enfermedades infecciosas y parasitarias para la población seleccionada en el periodo 2011 según la CIE 10

	Enfermedad	Frecuencia	Niña	Niño
Cap I Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	Diarrea	44	21	23
	Otras	20	8	12
	Parasitosis	13	7	6
	Tos Convulsiva	4	2	2
	Chagas	2	0	2
	Escabiosis	2	2	0
Total:		85	40	45

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

Las diarreas infantiles representan el primer motivo de consulta implicando 44 consultas. Según referentes consultados de pueblos indígenas de Argentina, la diarrea es uno de los problemas de salud infantiles que persisten en sus comunidades (Fisa, 2008). Como los registros sanitarios no incluyen la variable étnica, no es posible detectar con exactitud la distribución de este indicador de salud entre los pueblos indígenas y otras poblaciones. Sin embargo, a partir de estudios parciales realizados en estas comunidades, se descubren cifras alarmantes sobre este problema de salud. Según un estudio realizado por Domancich y Rodríguez Monti en el año 2008, sobre percepción de salud infantil en asentamientos Qom del Departamento General San Martín de la

provincia de Chaco, luego de las enfermedades respiratorias estacionales, la diarrea aparece como el problema de salud de mayor frecuencia enunciado por el 70% de las personas encuestadas (n=290). El difícil acceso al agua potable es la causa más probable de esta situación. Sin embargo, al indagar la comprensión comunitaria sobre el origen de estas dolencias, las condiciones de higiene del agua y de los alimentos, rara vez son consideradas como causas posibles por los entrevistados. También se verifica el desconocimiento del nivel microscópico implicado en la contaminación bacteriana o viral. Esta situación puede ser una dificultad para la disminución de la morbilidad no solamente por diarreas sino en otras enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles por el agua y los insectos como las parasitosis previamente referidas, ya que el conocimiento sobre los microorganismos es la base para su prevención.

En relación a la accesibilidad a servicios públicos de la población en estudio relacionada con la posibilidad de contraer esta enfermedad, se identifica que la provisión de agua potable no está garantizada para esta población. Según referentes del barrio, el agua que consumen es provista a través de camiones que completan los tanques de agua en los hogares, ya que el agua de red es rechazada por la comunidad (por su sabor y color). También se proveen de agua a través de canillas públicas. Las instituciones del barrio tampoco consumen el agua de red. En feriados, fines de semana o debido a conflictos salariales de los empleados de esta empresa, el barrio no es provisto de este imprescindible recurso. En esos casos, sólo resta acudir a las canillas públicas y acarrear el agua en botellas o baldes. Por otro lado, consultadas mujeres referentes de la comunidad Qom, se evidenció su desconocimiento sobre los motivos de la enfermedad de las y los niños. La diarrea fue asociada a la presencia de fiebre y a la ingestión de ciertos alimentos, pero la contaminación o el agua contaminada no son referidas en la causalidad de la enfermedad.

Como se ha señalado en distintos estudios, la parasitosis intestinal es una de las causas más frecuentes de infecciones gastrointestinales. En la actualidad, la parasitología ocupa un lugar relevante y de suma importancia, sobre todo en los países latinoamericanos, debido al nivel socioeconómico y localización

geográfica de sus grupos poblacionales, así como a la variedad de climas y costumbres; estos factores hacen que las enfermedades parasitarias ocupen lugares preponderantes como problemas de salud pública. La contaminación fecal del suelo, el agua y los alimentos, las deficientes condiciones de vida, la falta de adecuados hábitos higiénicos y un bajo nivel de instrucción son factores que se han identificado como favorecedores de la transmisión de parasitosis intestinales (Martinez Zumaya; Gonzalez Ortiz; Lopez Muñoz, 2011).

Los casos de tos convulsiva se presentan en dos niñas de dos meses de edad y en dos niños de tres meses y un año de edad. La edad de aplicación de la vacuna DPT según calendario de vacunación de Argentina es a los 6 años. Es necesario señalar que tanto en Argentina como en el resto del mundo se ha observado un aumento de casos de esta enfermedad (conocida también como tos ferina o coqueluche). Ello se ha atribuido a que, tanto la vacunación, como la enfermedad por *Bordetella pertussis* -el agente productor-, no otorgan inmunidad duradera. En la Argentina, se ha verificado un aumento de los casos y brotes de la enfermedad desde 2004. Los contagios a lactantes se atribuyen a adolescentes y adultos que presentan cuadros atípicos de tos convulsa que, al no ser diagnosticados como tales, favorecen la portación y actúan como reservorios de la enfermedad y representan la fuente de transmisión para quienes tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones y morir (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

La enfermedad de Chagas, reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una de las 13 enfermedades tropicales más desatendidas del mundo, y por la Organización Panamericana de la Salud como una enfermedad de la pobreza, amerita un análisis particular ya que Rosario se encuentra excluida de la zona endémica para esta enfermedad. Si se encuentra en esta población es por su carácter migrante. Para la población seleccionada, se presentaron en el año 2011, dos consultas.

Es necesario entender tanto a la migración como a la enfermedad de Chagas en el marco de los procesos económicos y sociales que los determinan. Los condicionantes que obligan a los desplazamientos territoriales, separando

familias, modificando hábitos y costumbres e implicando procesos adaptativos a pautas culturales diferentes a las de su lugar de origen, son elementos constitutivos de las complejas situaciones que enmarcan la salud y la enfermedad en poblaciones migrantes. Como señala Torres de Quinteros et al. (1992), esta enfermedad se encuentra íntimamente ligada a los desplazamientos poblacionales y condiciones precarias de vida.

Se presentó durante el año 2011 una consulta por escabiosis. Relacionando los resultados hallados a partir del análisis de este registro con las observaciones del barrio y las viviendas, la escabiosis emerge como una enfermedad asociada a la presencia de animales sueltos, enfermos y mal nutridos. Las observaciones de campo recogen la presencia permanente de animales domésticos enfermos así como el juego de las y los niños con ellos. De hecho, sorprende que no hubiera mayor cantidad de consultas. Las intervenciones sobre el ambiente cotidiano favorecen la prevención de enfermedades transmisibles evitables o mordeduras ahondando en la garantía del derecho a la salud.

6 ENFERMEDADES ENDÓCRINAS, NUTRICIONALES Y METABÓLICAS

Este capítulo amerita también un análisis a su interior en función de la heterogeneidad y diferente representación de cada grupo de enfermedades en esta población. Como se observa en la Tabla nº 5, las enfermedades nutricionales se encuentran mayormente representadas en este capítulo. Las 26 consultas se integran por un diagnóstico de deficiencia de vitaminas, 9 casos de obesidad y 16 pacientes con desnutrición proteicocalórica. Por otro lado, se observa que las niñas se encuentran mayormente representadas en este capítulo en comparación con los varones.

Tabla nº 5 – Consultas por enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas para la población seleccionada en el periodo 2011 según la CIE 10

Cap IV	Enfermedad	Frecuencia	Niña	Niño
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	Endocrinas	7	7	0
	Nutricionales	26	19	7
	Total:	33	26	7

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

La deficiencia de micronutrientes constituye también problemas nutricionales relevantes. Aunque incluido en otro capítulo de esta clasificación, la anemia representa el 1,7% de las consultas. Esta enfermedad afecta la capacidad intelectual, física y funcional de quienes la padecen.

La obesidad y la desnutrición coexisten en niños de las mismas regiones y estratos sociales, en las mismas familias (madres obesas y niños desnutridos) y aún en el mismo individuo (obesidad con retraso crónico de crecimiento) (Peña; Bacallao, 2005). En las familias pobres, la obesidad se asocia a episodios de desnutrición 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, pueden producir como resultado un aumento de peso. En estos casos, la obesidad se relaciona con ingesta energética superior a las necesidades y deficiente en nutrientes esenciales, como aminoácidos y micronutrientes. La dieta de la pobreza incluye alimentos pobres en fibras y ricos en carbohidratos complejos, azúcares y grasas (especialmente ácidos grasos trans, ácidos grasos saturados y colesterol) que, aunque les impiden gozar de una nutrición adecuada, satisfacen el apetito (Figueroa Pedraza, 2009).

Ruatta (2009) estudiando las prácticas alimentarias en un asentamiento indígena Qom-Mocoví de la ciudad de Rosario, analiza que las familias de pueblos indígenas migrantes, al mismo tiempo que conservan formas tradicionales

de cocción de alimentos y una tradición en la selección de los mismos, han incorporado alimentos de la cultura occidental. Esta situación se encuentra parcialmente determinada por la necesidad de recurrir a comedores escolares y comunitarios donde no son considerados los gustos culturales de los comensales, y por recibir asistencia del Estado en forma de cajas de alimentos donde tampoco son reconocidos los gustos y elecciones de alimentos tradicionales. De esta forma, se constituyen en factores de cambio de sus patrones alimentarios, aprendiendo a hacer y gustar comidas que antes no se conocían. Otra de las formas de asistencia del Estado, los “ticket de alimentos”, permiten elegir qué comprar, sin embargo estas elecciones se encuentran condicionadas igualmente por el precio y disponibilidad de los productos (algunos alimentos que tradicionalmente integraban la dieta de los Qom son difíciles de encontrar en Rosario).

7 ANÁLISIS DE LOS MOTIVOS DE CONSULTA QUE NO IMPLICAN PATOLOGÍA SEGÚN CLASIFICACIÓN CIE 10

Un porcentaje importante de consultas no se incluyen dentro de los capítulos analizados previamente, ya que se refieren a consultas realizadas por motivos que no implican la presencia de una patología. Estas consultas igualmente son clasificadas por la CIE 10 dentro de tres de sus últimos capítulos: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte y Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa. Las dos terceras partes de estas consultas se debieron a control del niño sano. En la Tabla nº 6, puede observarse su frecuencia y distribución por sexo. Los varones duplican las consultas de las niñas por traumatismos y se encuentran mayormente representados en las consultas por signos o síntomas.

Tabla nº 6 – Motivos de consulta de niñas y niños 0-10 años del Barrio Municipal Toba según clasificación del CIE 10 Cap. XIX a XXI. Año 2011

Clasificación de enfermedades CIE 10	Frecuencia	Niñas	%	Niños	%
Contacto con los servicios de salud	256	132	51,5	124	48,4
Síntomas y signos	37	14	37,8	23	62,2
Traumatismos y envenenamiento	15	5	33,3	10	66,7
Pérdida de datos	12	5	41,7	7	58,3
TOTAL	320	156	48,7	164	51,2

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

Se incluye también 12 consultas que, aún contando con edad, fecha de consulta y especialidad, no pudo determinarse el motivo de consulta según la clasificación internacional de enfermedades constituyéndose en datos perdidos.

El capítulo correspondiente a “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” posee un alto porcentaje dentro del total de consultas realizadas (256 consultas, representando el 23% de las 1.144 consultas). Los códigos de este capítulo se utilizan para registrar como motivo del contacto con el servicio de salud circunstancias que no son una enfermedad o lesión clasificable en otros capítulos de la CIE 10. La mayoría de las consultas incluidas dentro de este capítulo se refieren a control del niño sano. Se aclara que, en los casos en que el familiar acude a la consulta para este tipo de control pero el profesional diagnostica una enfermedad o signos y síntomas de patología, fueron excluidas de este capítulo e incluidas en el capítulo correspondiente a la enfermedad diagnosticada.

Analizadas por grupos etarios, aproximadamente el 50% de las consultas corresponden a niñas y niños 0-1 años, mientras que las restantes se distribuyen prácticamente en igual magnitud entre los grupos etarios 2-5 y 6-10. Analizado por sexo, en el grupo etario 0-1 años hubo más consultas por niñas que por varones, mientras que en los restantes grupos no hubo diferencias significativas, como se observa en la Tabla siguiente:

Tabla nº 7 – Consultas por control del niño sano para la población seleccionada en el periodo 2011 por grupo etario y sexo

2011 CONTROL DE NIÑO SANO	F	M	TOTAL
0 a 1 año	66	56	122
2 a 5	36	37	73
6 a 10	30	31	61

Fuente: Elaboración propia en base a información de la Dirección de Estadísticas de APS. Municipalidad de Rosario.

La magnitud de consultas por control de salud puede relacionarse con la inclusión de la población Qom en planes asistenciales del Estado cuya inclusión implica, como requisito, la asistencia a controles periódicos de salud por la población infantil.

8 CONCLUSIONES

El análisis de los registros de consulta diaria se presenta como una vía para mirar la salud de las poblaciones, si se analizan en su complejidad. Las enfermedades que emergen de los registros para esta población muestran a las características socioeconómicas como los principales motores que vulneran la salud de esta población, entre ellas: la migración evidenciada en la presencia de chagas, la menor accesibilidad a servicios públicos imprescindibles como el agua, las condiciones de las viviendas y el barrio y el desconocimiento de factores de riesgo ambientales. Para este análisis fue necesaria la utilización de distintas fuentes, para poder complejizar el nivel descriptivo y establecer conjeturas entre las posibilidades de enfermar y las condiciones de vida.

Comparativamente con un estudio de situación de salud realizado sobre población infantil qom del Departamento San Martín de la provincia de Chaco, donde se utilizó la consulta a los adultos responsables de la crianza para

identificar signos y síntomas, es elocuente la similitud en problemas de salud, siendo que el estudio mencionado evidencia las dificultades de la población de dicho departamento para el acceso a la atención médica (Domancich; Rodríguez Monti, 2008). Los problemas de salud de la población infantil que se presentan con mayor frecuencia en el estudio citado son las enfermedades del sistema respiratorio, infecciosas y parasitarias y las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Al igual que en este estudio, en el capítulo sobre enfermedades infecciosas y parasitarias la mayor frecuencia corresponde a diarreas. En algunos hogares se menciona chagas como un problema de salud en los niños y en otros hogares a la tuberculosis. Entre las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, la desnutrición presenta la mayor frecuencia. La similitud de resultados entre un estudio realizado con comunidades con difícil acceso a servicios de salud y este relevamiento efectuado a partir de los registros de consulta a los servicios de salud, evidencia la escasa capacidad del sistema de salud para reducir la incidencia de estas enfermedades en la población indígena.

Las enfermedades infecciosas y parasitarias identificadas en ambos análisis de situación de salud, son indicios de la existencia de un perfil de morbimortalidad vinculado a condiciones socioeconómicas deficientes para proteger la salud infantil en este pueblo indígena. El difícil acceso a agua potable, la presencia de animales enfermos vectores de enfermedades, el Chagas ligado a una región del país que no logra proteger a sus ciudadanos de las enfermedades que alberga. Integrando otro de los capítulos con mayor cantidad de consultas, la desnutrición y la obesidad son dos ejemplos de dietas insuficientes para el desarrollo óptimo de la infancia. Difícilmente, los servicios de salud sean suficientes para revertir las situaciones que se encuentran en la causalidad de estas enfermedades.

Considerando el carácter evitable de los problemas de salud identificados, se considera y recomienda que habría que organizar, programar y distribuir los recursos sanitarios desde una óptica que privilegie lo preventivo y no solamente lo curativo, que parta del conjunto social y no del individuo, y que habría que incluir la participación de la comunidad para alcanzar estos

cambios necesarios. Así también se considera que sería necesaria una mayor articulación intersectorial entre educación, saneamiento ambiental y desarrollo social para favorecer la garantía de derechos de la infancia.

Una serie de dificultades se presentan para la realización de este análisis: la falta de denominadores poblacionales que permitieran analizar la mayor representación de las niñas en los registros de consulta, la imposibilidad de comparar estos resultados con otros barrios con población no étnica como sugieren los documentos internacionales que incluyen la interculturalidad o variable étnica, ya que no se encuentran publicados estudios similares, tampoco se pudo comparar con análisis anteriores para la misma población. Las dificultades halladas son ejemplos de la insuficiente información sanitaria disponible, imprescindible para la definición de acciones en salud para las poblaciones. Al mismo tiempo, señalan la necesidad de profundizar en esta dirección.

9 REFERENCIAS

BARATA, R. *Cómo y por que las desigualdades sociales hacen mal a la salud*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BREILH, J. *Epidemiología: economía, medicina y política*. Santo Domingo, República Dominicana: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, 1981.

CASTELLANOS P. Epidemiologia, Saúde Pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARRADAS BARATA, R. (Comp.), *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997. p. 31-77.

CEPAL. *Salud de la población joven indígena en América Latina*. Un panorama general. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2011. Disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/45122/P45122.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_ind.xslt>. Acceso en: 20 jun. 2012.

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Los niños indígenas y sus derechos en virtud de la Convención. Observación general nº 11. Aprobada en su 50º período de sesiones, Ginebra, 2009.

DOMANCICH, N.; RODRIGUEZ MONTI, C. Análisis Situacional de Salud de Comunidades Toba – Qom. Municipios de Pampa del Indio y General San Martín General San Martín, Chaco. Informe de Investigación. La Plata, Facultad de Ciencias Médicas. UNLP. 2008. Disponible en: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/28195356/2138357483/name/asis+chaco.pdf>>. Acceso en: 20 jun. 2012.

DURO, E., BINSTOCK, G., CERRUTTI, M., MELGAR, S., LUSQUIÑOS, C., MOMBELLO, L., VALERI, P., & BRUNO, M. *Situación socioeducativa de niñas, niños y adolescentes de comunidades Toba*. Buenos Aires: UNICEF, 2011.

FORO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA ARGENTINA. FISA. *Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina*. Resumen Ejecutivo. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina; Ministerio de Salud. 2008. Disponible en: <http://www.saludinvestiga.org.ar/policys_comision.asp>. Acceso en: 20 jun. 2012.

HARO, J. *Epidemiología convencional, epidemiología sociocultural y salud colectiva. Requerimientos para un diálogo entre disciplinas*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Transdisciplinariedad. Mexicali, México. Marzo, 2010. Disponible en: <http://www.researchgate.net/publication/228609027_Epidemiologa_convencional_epidemiologa_sociocultural_y_salud_colectiva_Requerimientos_para_un_dilogo_entre_disciplinas>. Acceso en: 04 nov. 2013.

HOFRICHTER, R. *Health and social justice*. San Francisco: John Wiley & Sons, 2003.

LIFSCHITZ, O.; VALDATA, M. *Comunidad Qom en Rosario: ¿estrategias de sobrevivencia o nuevas formas de vida?* Ponencia presentada en la 35º Congreso Argentino de Pediatría, Rosario, Argentina. septiembre 2009. Disponible en: <http://www.sap2.org.ar/35conarpe/26_03/audio.html>. Acceso en: 20 jun. 2012.

MARMOT, M. & WILKINSON, R. G. *Social determinants of health*. London: Oxford Press, 1999.

MARTINEZ ZUMAYA, M. C.; GONZALEZ ORTIZ, S. A.; LOPEZ MUÑOZ, J. D. Estudio comparativo de parasitosis intestinal en dos jardines de niños: rural y urbano. *Revista Medica de la Universidad Veracruzana*, 11(1), 29-31. 2011. Disponible en: <http://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol11_num1/articulos/estudio.pdf>. Acceso en: 20 jun. 2012.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Fundamentos de la vacunación de mujeres embarazadas con vacuna triple bacteriana acelular (dtpa). Argentina, 2012. Versión final. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/lineamientos_vacuna_dTpa_%20en_embarazadas.pdf>. Acceso en: 20 jun. 2012.

OMS; OPS. *Grupo étnico y salud. 132 Sesión del Comité Ejecutivo*. Washington, D.C. 2003. Disponible en: <http://www.gutierrez-rubi.es/wp-content/uploads/2009/09/opsalud_2003pdf.pdf>. Acceso en: 20 jun. 2012.

OPS. Resúmenes metodológicos en epidemiología: Análisis de la situación de salud (ASIS). *Boletín epidemiológico*, 20(3) 1-3. 1999.

PEÑA, M.; BACALLAO, J. La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas. *Revista Futuros*, 3(10) 0. 2005. Disponible en: <http://www.ms.gba.gob.ar/SaludActiva/a_Salud/cursos/BsAs/material/II/lectura_ampliatoria/La_Obesidad_en_la_pobreza.pdf>. Acceso en: 20 jun. 2012.

PRIETO HERRERA, M.; RUSS DURÁN, G.; REITOR LANDRIAN, L. Factores de riesgo de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), p. 160-164. 2000. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_2_00/mgi10200.htm>. Acceso en: 20 jun. 2012.

RUATTA, N. *Prácticas alimentarias de pueblos originarios Tobas – Mocovíes*, en un asentamiento urbano marginal de Rosario. Ponencia presentada en el VIII Reunión de Antropología del Mercosur, Buenos Aires, Argentina. Septiembre 2009.

SAMAJA, J. A. *A reprodução social e a saúde: elementos teóricos e metodológicos sobre a questao das relações entre saúde e condições de vida*. Salvador: Casa da Saúde, 2000.

TORRES DE QUINTEROS, Z. et al. Comportamientos migratorios en donantes de sangre y su relación con infección chagásica. *Cuadernos Médico Sociales*, 54, 3-14. 1990.

TORRES DE QUINTEROS, Z. et al. Infección chagásica y antecedentes migratorios en la población de villas de emergencia de Rosario. *Cuadernos Médico Sociales*, 62, 1-16. 1992.

VICTORA, C. Factores de riesgo en las Iras bajas. Sección 1: Magnitud del problema. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Eds.). *Infecciones respiratorias en niños*. Washington, D.C.: OPS, 1999. p. 3-25. Disponible en: <<http://pmi.salta.gov.ar/CampanaI2013/contenidos/aiepi1-1-3.pdf>>. Acceso en: 20 jun. 2012.

Recebido em: 9/7/2013

Aceito em: 14/8/2013