

1 Liga Infantil de los Barrios, Ciudad de Santa Fe, Santa Fe, Argentina.

2 Universidad Nacional del Litoral, Facultad de Ciencias Médicas, Unidad de Bioestadística.

3 Secretaría de Extensión Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral.

4 Observatorio de Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional del Litoral.

# ROL DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN EL ABORDAJE DE CONDICIONES NUTRICIONALES ASOCIADAS A VULNERABILIDAD. EXPERIENCIA EN LIGA DE LOS BARRIOS, SANTA FE LA CAPITAL

laurarodriguezrostan@gmail.com  
ORCID 0009-0008-7276-4444

Speziale Pablo<sup>1</sup>, Araujo Catalina<sup>1</sup>, Cabañas Haydee<sup>1</sup>, Costa Lucas<sup>2</sup>, Kuttel Yelena<sup>3</sup>, Rodríguez Rostan María Laura<sup>4</sup>

## Resumen

La participación comunitaria cumple un rol fundamental en la identificación de problemáticas socio-sanitarias en distintos contextos. En el presente artículo se analizan los datos brindados por la Liga Infantil de los Barrios, agrupación que convoca a distintas familias de barrios populares con fines lúdicos y se realizan medidas antropométricas a fin de detectar situaciones de vulnerabilidad. En los hallazgos se destacan el estado de riesgo de sobrepeso y obesidad en los niños, así como la aparición de desnutrición crónica en esta misma población. En tanto en adultos se constata un aumento porcentual de la masa corporal de las mujeres que asisten a esta liga.

## Palabras clave

Participación Comunitaria, Malnutrición, Vulnerabilidad.

## Abstract

The participation of the community has a fundamental role in the identification of socio-health issues in different contexts. The current article analyzes the information brought from the Liga Infantil de los Barrios which is a group of people that gathers different families of popular neighbourhoods for recreational purposes and where anthropometric measures are carried out with the aim of detecting vulnerable situations. The findings visualize the risk of overweight or obesity in children as well as chronic malnutrition in this group of people. Meanwhile, there is an increasing percentage of body mass in adult women who assist this group.

## Key words

Community Participation, Malnutrition, Vulnerability.



SigMe.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, número 1, 2023

**Recepción:** 13/06/2023

**Aprobación:** 14/07/2024

**URL:** <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/sigme/article/view/13075>

**DOI:** 10.14409/sigme.2023.1.e0008



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

## Introducción

Autores tales como Jehn y Brewis (2009) y Garret y Ruel (2005) han relacionado la pobreza con la malnutrición. Durante las décadas del 90 la principal forma de desnutrición era la asociada a baja talla y bajo peso. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como malnutrición a aquella condición asociada a déficit nutricionales aún en personas con diagnóstico de obesidad y sobrepeso. Es en esta situación de coexistencia que se la denomina doble carga de malnutrición.

La malnutrición puede considerarse una manifestación más de las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica que generan inseguridad alimentaria (es decir falta de accesibilidad y disponibilidad de alimentos) en las poblaciones. En los infantes la baja talla se ha asociado a situaciones de carencia proteica en los primeros años de vida y luego durante los primeros años de la adolescencia, periodos en los cuales se produce el mayor crecimiento de las personas.

Existen distintas formas de diagnosticar a las poblaciones con déficit nutricionales. Sin embargo, muchas veces no existe acceso suficiente a equipos de salud, por lo que instituciones o agrupaciones de participación comunitaria pueden brindar información y realizar una primera aproximación de las partes involucradas en el proceso de diagnóstico. La participación (del latín *participare*) implica un ser parte, tomar postura, involucrarse. En contextos de salud el individuo y su entorno socio-ambiental son los principales actores y responden a las necesidades que surgen de las distintas problemáticas sanitarias. A partir de esta identificación personal y social se determina un esquema de prioridades y se instituyen posibles acciones de salud. De esta manera las personas no quedan como meros receptores sino como participantes activos de su propia salud y de las maneras de potenciarla. En 1978 se estableció la Declaración de Alma-Ata en la cual se proponían distintos ejes con el objetivo final de *Salud para todos en el año 2000*. Incluidos en estos lineamientos se propuso el concepto de *participación comunitaria*, definiéndola como un “proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario”. De esta manera los individuos, las familias y comunidades realizan acciones para promover la salud integral y prevención de enfermedades. La comunidad puede definirse como el

conjunto de personas, organizaciones sociales e instituciones y servicios que comparten la organización, intereses básicos y valores en un periodo de tiempo determinado sobre un territorio. Así, en estos contextos comunitarios se generan espacios de salud a fin de establecer escenarios para identificación de dificultades, priorizarlas y desarrollar acciones para solucionarlas. De acuerdo con las posibles divisiones geopolíticas pueden demarcarse municipios saludables, cooperativas, agrupaciones barriales, entre otras. Es en este contexto que surgen distintos actores que pretenden potenciar las capacidades de estas comunidades y brindar espacios de contención a las familias y sus individuos. En el año 2013 en Santa Fe, La Capital, se crea la Liga Infantil de los Barrios (LIB). Esta liga promueve el acceso al deporte de forma gratuita a las familias de distintos barrios en los cuales no se cuentan con espacios físicos previstos para tales actividades. Actualmente LIB se encuentra conformada por 29 clubes de barrio cuyos participantes y promotores de acciones son los propios vecinos quienes además generan otros espacios de recreación. A partir del inicio de actividades se conformó un equipo de trabajo (que incluye enfermeras, kinesiólogos y docentes) con el objetivo de establecer las condiciones de salud de los asistentes a los diferentes clubes. Este equipo aborda condiciones de nutrición, enfermedades crónicas no transmisibles y uso problemático de sustancias en distintas estrategias socio-sanitarias.

## Resultados

A continuación, se expresan los resultados hallados en un estudio transversal de 29 clubes de barrios realizado en el año 2022 en Santa Fe La Capital.

Se analizaron los datos brindados por LIB a través del software SPSS 28® (Licencia FCM-UNL). Se realizó un análisis estadístico descriptivo de la presencia en LIB de 589 menores de edad y 189 mayores de edad. A continuación, se diferencian estas dos poblaciones:

### Menores

Se estudiaron 589 menores de 18 años cuya media de edad fue de 11 años con mínimo de 3 años y máximo de 17 años. El 17,8% (n=105) eran femeninos y el 82,2% (n=484) masculinos. De estos niños el 89% (n= 524) no contaba con obra social y 10% (n= 59) presentaba su carnet de vacunación incompleto. En la Tabla 1 se exponen los datos antropométricos por sexo incluido Índice de Masa Corporal (IMC).

**Tabla 1.** Descriptivo de peso, talla e IMC según sexo.

	PROMEDIO DE PESO [KG]	PROMEDIO DE TALLA [M]	PROMEDIO DE IMC
Niñas	43,0	1,40	21,9
Niños	44,4	1,45	21,1

En el análisis de IMC en relación al Puntaje Z para edad según tablas de OMS se observa que el 80% (n=473) de los niños presentan un rango acorde de IMC. En tanto 11,5% (n=68) padecen riesgo de sobrepeso y 3% (n=18) niños con diagnóstico sobrepeso/obesidad. El diagnóstico de delgadez estuvo presente 5% (n=30) (Figura 1).

Considerando que en los casos de desnutrición crónica la medida antropométrica que más se afecta es la talla, se relacionó en función del Puntaje Z para edad según tablas de OMS con los siguientes resultados: el 8,3% (n=49) presenta algún grado de desnutrición crónica siendo severa en el 1% (n=6) (Figura 2).

Se realizó un subanálisis dicotomizando la edad. Se generaron dos grupos menor o igual a 9 años (n=167) y mayor a 9 años (n=422), dado el posible crecimiento ponderal prepuberal que se genera en esta etapa.

Los menores de 9 años presentaron en un 26% (n=44) valores inadecuados de IMC; mientras que en los mayores de esta edad este porcentaje fue de 17% (n=72). Respecto a talla, en esta dicotomización, se hallaron niveles de desnutrición crónica en 5% (n=9) en menores de 9 años y 9,5% (n=40) en mayores.

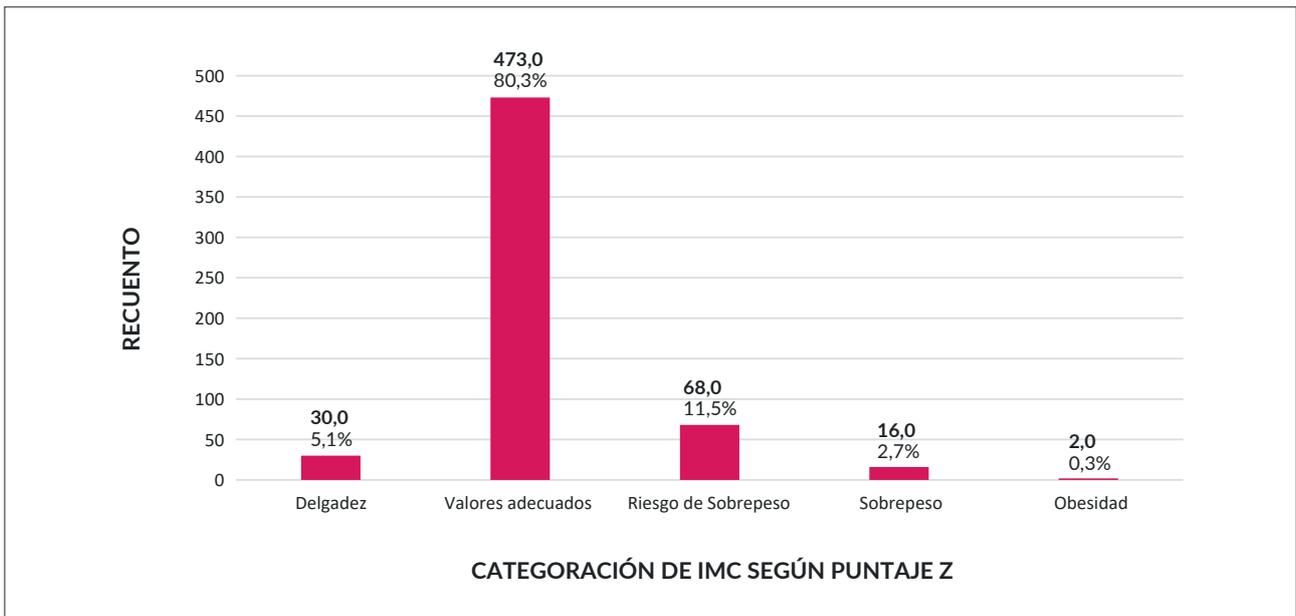


Figura 1. Distribución de categorías de IMC en menores de edad.

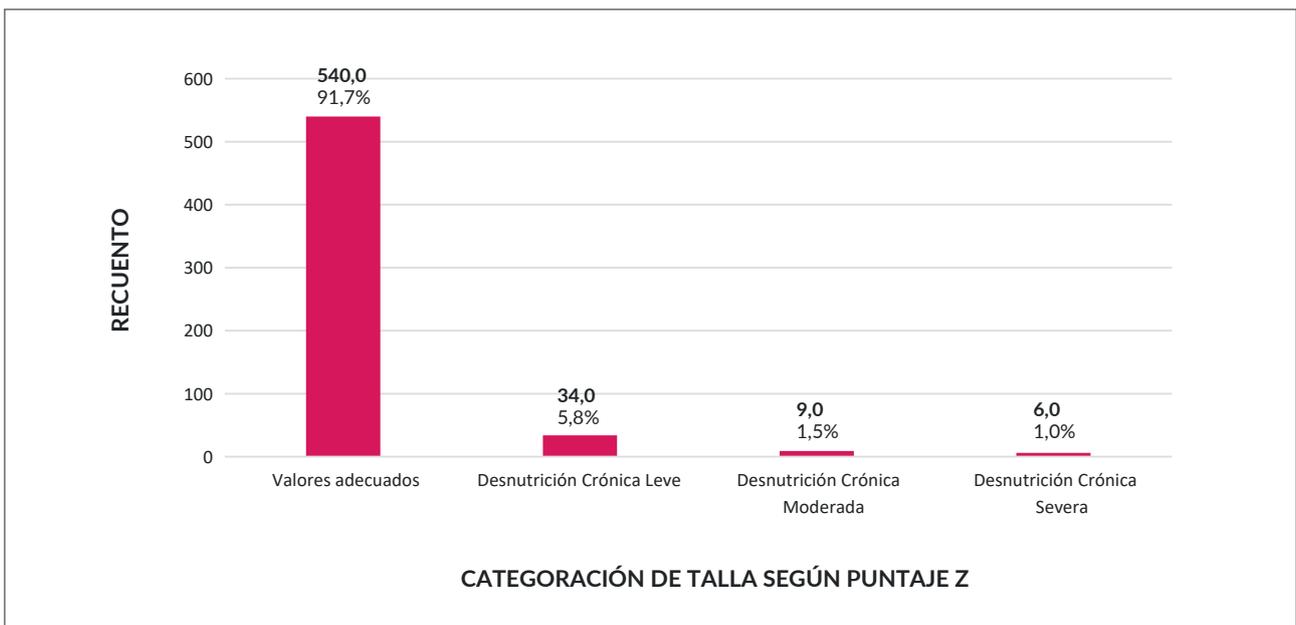


Figura 2. Distribución de categorías de Talla en menores de edad.

### Adultos

La edad media de este grupo es de 26 años con un máximo de 64 años y mínimo de 18 años. En tanto la distribución por género fue 12% (n=23) casos femeninos y 88% (n=166) masculinos. Respecto a la disponibilidad de obra social, un 18% (n=34) posee este beneficio.

En relación a la antropometría de la población adulta, se pueden observar los resultados hallados en la Tabla 2.

Al considerar la disponibilidad de servicio de excretas, servicio de agua potable y hacinamiento se dicotomizaron IMC como adecuado (17,5 a 24,9) e inadecuado (menor a 17,5 y mayor a 25) y se hallaron los siguientes resultados (Tabla 3).

De la Tabla 3 se observa que no existen diferencias porcentuales en necesidades básicas de saneamiento entre aquellos con IMC adecuados e inadecuados.

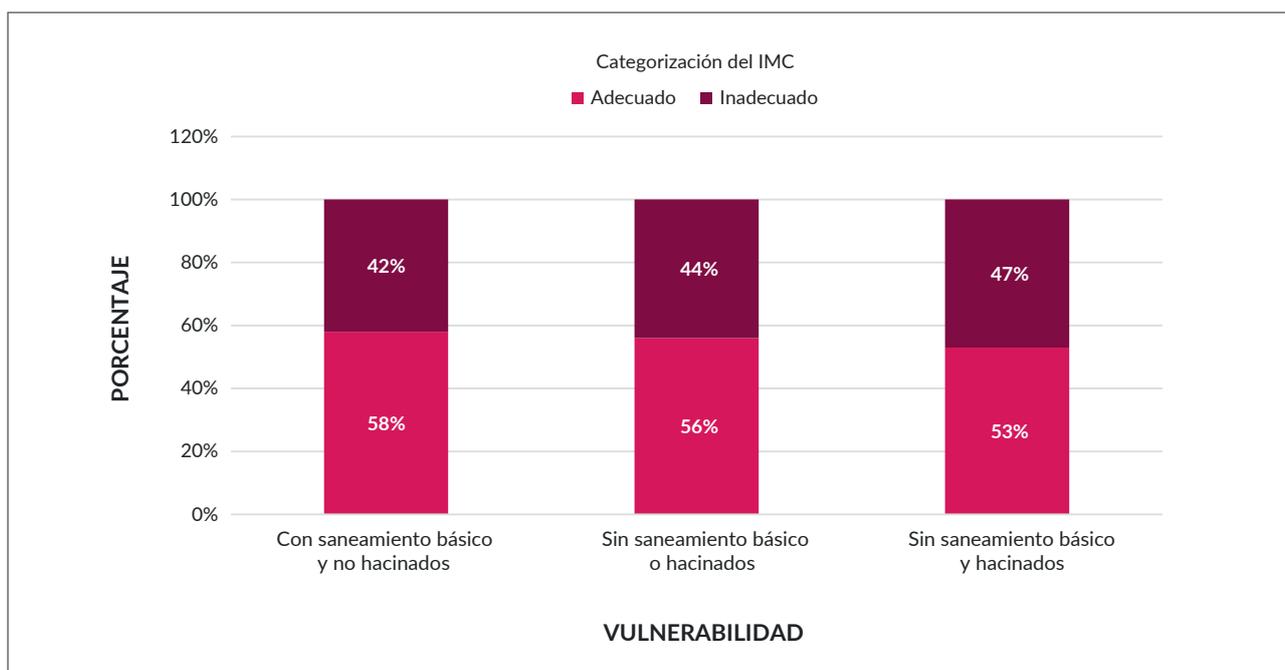
Al considerar la vulnerabilidad como la ausencia de saneamiento básico sanitario y hacinamiento se generaron tres categorías en las cuales se presenta ninguna, una o las dos condiciones. Se cotejó con IMC adecuado e inadecuado hallándose que la población sin ninguna de estas situaciones presentaba 42% (n=13) IMC alterado, con una de estas condiciones 44% (n=46) y con las dos condiciones 47% (n= 25) (Figura 3).

**Tabla 2.** Descriptivo de peso, talla e IMC según sexo.

	PROMEDIO DE PESO [KG]	PROMEDIO DE TALLA [M]	PROMEDIO DE IMC
Femeninos	70.6	1.58	28.1
Masculinos	70.2	1.71	23.9

**Tabla 3.** Necesidades básicas según categorías de IMC.

	AUSENCIA DE SERVICIOS DE EXCRETAS	AUSENCIA SERVICIO DE AGUA POTABLE	HACINAMIENTO
IMC Adecuado	72% (n=76)	8% (n=8)	35% (n=37)
IMC Inadecuado	75 % (n=63)	5% (n=4)	36% ( n=30)



**Figura 3.** Descriptivo de peso, talla e IMC según sexo.

## Conclusiones

En Latinoamérica se observan distintas tasas de malnutrición siendo los países de Guatemala, Bolivia y Ecuador donde se presentan estos casos de forma más general y uniforme entre sus poblaciones. Además, si se consideran los hallazgos de falta de provisión de agua potable y excreta, son estas mismas naciones con diferencias entre las etnias que la habitan que se asocian con otras condiciones de pobreza. También es en estos países donde la urbanización de poblaciones rurales y la pobreza estructural se ha asociado a estas condiciones nutricionales. En Argentina existen distintas situaciones según cada región y provincia. Particularmente en Santa Fe se observan diferencias entre ciudades, especialmente, entre los sectores productivos industriales y con mayor ingreso per cápita versus aquellos asociados a economías agrícolas. En la ciudad de Santa Fe se emplazan distintos barrios populares donde las disposiciones de saneamiento básico no se cumplen. Es en estas poblaciones que la LIB cumple su rol de acompañar a las familias y acercarlos a diferentes efectores sanitarios a fin de abordar distintas problemáticas.

La obesidad no puede ser considerada como un elemento de alto poder adquisitivo ya que distintos autores lo han asociado a la pobreza. En el caso observado los niños presentan en un 11,5 % (n=68) alto riesgo de sobrepeso y en un 3% (n=18) diagnóstico antropométrico de obesidad/sobrepeso. En tanto la desnutrición crónica observada por talla se halló en un 8,3% (n=49). Esta situación de salud se suele generar por alteraciones en la nutrición de los primeros años de vida y en la primera etapa de la pubertad. Respecto a los adultos se concluye que las mujeres presentan con mayor porcentual obesidad y sobrepeso en relación con los hombres, sin poder ser concluyente al respecto por el número de casos observados. Con vulnerabilidad socioeconómica no se logró demostrar asociación con obesidad y sobrepeso en los casos de adultos. Por ello la disponibilidad de alimentos y la educación alimentaria podría ser un objetivo de política pública enlazado con otras acciones a fin de mejorar la inseguridad alimentaria de estas poblaciones.

Desde la declaración de Alma Ata en el año 1978 se ha recorrido un camino de avances y retrocesos en lo que respecta al campo de la salud en general y la atención primaria en particular. En el plano local esto también se puede recono-

cer, en la Ciudad de Santa Fe se pueden identificar múltiples Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs), ubicados en la mayoría de los barrios populares. Sin embargo, las apariencias de un contexto favorable guardan ciertas dificultades. Las prácticas de promoción y prevención de salud comunitaria suelen ser aisladas y no se encuentran bajo un programa con rectoría provincial y/o municipal.

Los clubes nucleados en la Liga Infantil de los Barrios, vienen desarrollando estrategias a fin de facilitar los vínculos entre la comunidad y los CAPs. En este sentido, los relevamientos de salud se desarrollaron con el objetivo de identificar situaciones de riesgo en lo que respecta a condiciones nutricionales y/o presencias de factores de riesgo en la población adulta, a fin de poder vehicular dichos casos hacia los efectores de salud del primer nivel, lo cual se ha podido efectivizar en algunos CAPs y en otros no. Experiencias como la presente deberían fortalecerse a fin de reconocer el rol de las organizaciones, instituciones y clubes, en poder articular entre la comunidad y los CAPs, formando parte de una puerta de acceso al sistema de salud.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflictos de interés.

## Referencias bibliográficas

Garrett, J. L., y Ruel, M. T. (2005). Stunted child–overweight mother pairs: prevalence and association with economic development and urbanization. *Food and nutrition bulletin*, 26(2), 209-221.

Grupo Banco Mundial; World Bank. (2018). Diagnóstico de Agua, Saneamiento e Higiene y su relación con la Pobreza y Nutrición en Guatemala; Guatemala's Water Supply, Sanitation, and Hygiene Poverty Diagnostic; Guatemala's Water Supply, Sanitation, and Hygiene Poverty Diagnostic: Desafíos y Oportunidades; Challenges and Opportunities. WASH Poverty Diagnostic. © Washington, DC: Banco Mundial; Washington, DC: World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/1a-188fb3-bc7a-5ed9-a13c-b5831c213fcb> License: CC BY 3.0 IGO.

Jehn, M., y Brewis, A. (2009). Paradoxical malnutrition in mother–child pairs: untangling the phenomenon of over- and under-nutrition in underdeveloped economies. *Economics & Human Biology*, 7(1), 28-35.