

Determinantes sociales de salud y su relación con desnutrición infantil en dos comunidades étnicas colombianas

Social determinants and malnutrition of infants from two Colombian indigenous communities

Ana L. Ríos-García, Hernando M. Baquero-Latorre, Lucía Ruiz-Martínez, Sandra Castro-Mercado, Luz M. Alonso-Palacio y Rafael Tuesca-Molina

Recibido 19 junio 2020 / Enviado para modificación 28 marzo 2021 / Aceptado 22 mayo 2021

RESUMEN

Objetivo Identificar la relación entre los determinantes sociales de la salud y el estado nutricional de los niños pertenecientes a dos comunidades indígenas de la Costa Caribe colombiana, los wayú y los zenús.

Métodos Estudio transversal que aborda el estado nutricional de los wayú y los zenús en edad preescolar y escolar. Incluyendo, además, estimación de determinantes sociales de la salud, referida por cuidadores de menores, que aborda algunos aspectos de ejes de desigualdad de tipo estructural (etnia, territorio, edad y sexo) e intermedios: vivienda, entorno y redes, mediante instrumentos de salud familiar. Se estandarizaron métricas de talla, peso e insumos de familiograma y ecomapa. Se estimaron medidas descriptivas de tipo frecuentistas y de medidas de tendencia central. Se estimó la odds ratio y su relación con variables independientes.

Resultados La prevalencia de desnutrición global en la etnia Wayú fue del 59,1% IC (47,5-69,8) y en la etnia Zenú del 22,4% IC (15,9-30,4) para una $p < 0,001$. Esta diferencia se relaciona con factores de riesgo intermediarios de saneamiento: inadecuadas excretas con $OR = 2.54$; IC (1.42-4.53) $p = 0.002$, la falta de empleo $OR = 1.94$; IC (1.09-3.46) $P = 0.03$ y falta de acceso a servicios de salud occidental $OR = 2.42$; IC (1.34-4.40) $p = 0.005$.

Conclusiones La mejora en la nutrición requiere intervenir determinantes intermedios relacionados con saneamiento, modelo de salud, intersectorialidad de políticas en salud más enfoque étnico-cultural y territorial

Palabras Clave: Salud de poblaciones indígenas; trastornos de la nutrición del niño; determinantes sociales de la salud; disparidades en el estado de salud (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To identify the relationship between the Health's Social Determinants and the nutritional status of children belonging to two indigenous communities on the Colombian Caribbean coast, the Wayú and the Zenú.

Methods Cross-sectional study that addresses nutritional status in wayúes and zenúes at preschool and school age. Also including the estimation of health's social determinants, referred by minor's caregivers, which addresses some aspects of structural inequality axes (ethnicity, territory, age, and sex) and intermediates: housing, environment, and networks, through health instruments family. Metrics for height, weight, and inputs for the familiogram and ecomap were standardized. Descriptive measures of frequencies and central tendency were estimated. Odds ratio and its relationship with independent variables were estimated.

Results The prevalence of global malnutrition in the Wayú ethnic group was 59.1% (47.5-69.8) and in the Zenú ethnic group 22.4% (15.9-30.4) for a $p < 0.001$. This difference is related to intermediate risk factors with sanitation: inadequate excreta with $OR = 2.54$; CI (1.42-4.53) $p = 0.002$, lack of employment $OR = 1.94$; CI (1.09-3.46) $P = 0.03$

AR: MD. Esp. Salud Familiar. Esp. Gestión Pública. M.Sc. Desarrollo Familiar. Profesora, Departamento de Salud Pública. Universidad de Norte, Puerto Colombia. Atlántico, Colombia. ariosg@uninorte.edu.co
HB: MD. Esp. Pediatría. Esp. Neonatología. Decano de la División Ciencias de la Salud, Universidad de Norte. Puerto Colombia. Atlántico, Colombia. hbaquero@uninorte.edu.co
LR: Ing. Civil. Esp. en Análisis y Gestión Ambiental. M.Sc. Administración de empresas. Fundación Promigas. Barranquilla, Colombia. lucia.ruiz@promigas.com
SC: TS. M.Sc. Intervención Psicosocial con énfasis en Protección Infantil. Fundación Promigas. Barranquilla, Colombia. sandra.castro@fundacionpromigas.org.co
LA: Economista. M. Sc. Demografía. M. Sc. Salud Pública. Profesora del Departamento de Salud Pública, Universidad de Norte, Puerto Colombia. Atlántico, Colombia. lmalonso@uninorte.edu.co
RT: MD. Esp. Desarrollo Infantil. M. Sc. Evaluación del impacto Ambiental. M. Sc. Epidemiología y Salud Pública. Ph.D. Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesor, Departamento de Salud Pública, Universidad de Norte, Puerto Colombia. Investigador, Grupo Science Flows de la Universidad de Valencia. Valencia, España. rtuesca@uninorte.edu.co

and lack of access to western health services OR=2.42; IC (1.34-4.40) p=0.005.

Conclusions Improvement in nutrition requires the intervention of intermediate determinants related to sanitation, health model, intersectoriality of health policies plus an ethnic-cultural and territorial focus.

Key Words: Indigenous people; child nutrition disorder; social determinants; health disparity (*source: MeSH, NLM*).

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) con el propósito de analizar las condiciones en que las personas nacen y viven, y cómo éstas influyen en su salud; tras décadas después de su constitución se ha promovido un mayor interés en estudiar y monitorizar las desigualdades para la toma de decisiones en salud pública. La CDSS definió dos grupos de determinantes: los estructurales y los intermediarios; en los estructurales se incluyen los ingresos, la educación, el género, el grupo étnico y la cohesión social, relacionada con el capital social; en los determinantes intermediarios, las condiciones de vida, las condiciones laborales, la disponibilidad de alimentos, los comportamientos de la población y el sistema sanitario (1-3).

Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud (en adelante, DSS), existen poblaciones que son más vulnerables, como las comunidades indígenas. Múltiples estudios avalan el mayor riesgo que las etnias presentan: las necesidades de salud por la cosmovisión. A ello se suma el contexto geográfico y de territorio, junto con las condiciones de vulnerabilidad por el reducido o inexistente acceso a servicios y programas (4-6).

Colombia se reconoce en su Constitución Política (que data de 1991) como un país pluriétnico y multicultural, lo que implica la protección de la diversidad étnica y cultural de la nación, incluyendo la garantía del derecho a la salud de los grupos indígenas, concebida desde sus usos y costumbres (7).

En el país existen 87 pueblos indígenas plenamente identificados, entre ellos el pueblo Zenú; un total de 233 052 personas se autorreconocen como pertenecientes a este grupo étnico (8). Esta población se localiza en los resguardos de San Andrés de Sotavento, en el departamento de Córdoba y El Volao, en Urabá. Su actividad económica se basa esencialmente en la agricultura, en la artesanía y, en menor escala, en la pesca; sin embargo, aunque su economía se basa en la producción de cosechas, generan básicamente una agricultura de subsistencia. Las comunidades indígenas zenúes tienen una antigua tradición agrícola y una diversidad de cultivos de pancoger que respaldan sus costumbres alimenticias y su cultura (9-11).

Otra de las etnias que habita en la costa caribe colombiana es la comunidad indígena Wayú; de ella es importante resaltar las condiciones de inequidad socioambiental

en que viven. Su asentamiento en una zona principalmente desértica y distante del casco municipal ha dificultado desde siempre el acceso a saneamiento básico. Uno de los municipios donde residen es Manaure, en La Guajira, donde el 68 % de la población es indígena de la etnia Wayú. Las principales actividades laborales de estas comunidades son las artesanías y el pastoreo.

Los ingresos económicos de estos hogares no son estables y, según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 24,8% de ellos están por debajo de la línea de pobreza extrema. El 59% de los habitantes del municipio de Manaure residen en áreas rurales agrupadas bajo la denominación de rancherías, donde la infraestructura de servicios como agua potable, vivienda con piso de material, alcantarillado y acceso a servicios de salud es muy deficiente.

Los Wayú se encuentran ubicados en la península de La Guajira (al norte de Colombia) y al noroeste de Venezuela (en el estado de Zulia), sobre el mar Caribe. Los Wayú representan el 20,5% de la población indígena del país y el 48% de la población de La Guajira (8). La mortalidad infantil en La Guajira exhibe tasas más altas que el promedio en Colombia, estrechamente relacionadas con la desnutrición (12).

El objetivo de esta investigación fue establecer la relación entre los DSS y el estado nutricional de los niños pertenecientes a dos comunidades indígenas de la costa caribe colombiana, los Wayú y los Zenú.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de corte transversal que incluyó 196 niños de primera infancia (0-5 años) e infantes o escolares (6 a 11 años). Se recolectaron datos sociodemográficos encuestando a los cuidadores y se tomaron medidas antropométricas a los niños. Se calcularon medidas descriptivas de las variables por tipo de población de la población Wayú y Zenú.

Los cabildos indígenas de la etnia Zenú participantes pertenecen al municipio de Chinú (Córdoba); se categorizan como comunidades rurales dispersas. Los corregimientos investigados fueron tres: los cabildos indígenas menores de Carranzó, constituidos por las zonas de Carranzó (Tierra Grata y el Trébol) y el cabildo menor de Algarrobos (conformado por Algarrobos, Ceja Grande y Bajo Piedra). Por último, el corregimiento de la

Floresta, que se encuentra dividido en La Floresta, Santa Cecilia y El Delirio. En estos cabildos indígenas residen familias de la etnia Zenú.

Participaron 60 familias de cada cabildo menor, las cuales fueron priorizadas por los mismos integrantes de la junta directiva del cabildo indígena, con base en las necesidades de las familias. Para un total de 180 familias constituidas por 825 personas, de los cuales 125 son niños de cero a once años. Con respecto a la ocupación de las personas adultas de la comunidad, eran amas de casa y, en el caso de los hombres, jornaleros o agricultores y oficios varios.

En el caso de la comunidad de la etnia Wayú, participaron 62 familias, residentes en cuatro rancherías: El Chorro (9 familias), Pirwitamana (9 familias), Ballerumana (10 familias) y Sabanalarga (34 familias), constituidas por 291 personas, de la que 71 son niños. Estas rancherías están ubicadas en la zona de Mayapo, en el municipio de Manaure (La Guajira).

Se realizó el diligenciamiento de una ficha familiar, incluyendo características de la vivienda y aplicación de instrumentos de salud familiar, como el Ecomapa (para identificar los recursos familiares externos faltantes a cada familia) y el Apgar familiar (para evaluar su funcionalidad).

Para la valoración del estado nutricional, se tomaron medidas antropométricas a los niños(as) de primera infancia (0 a 5 años) e infancia o escolares de 6 a 11 años, con personal de salud previamente entrenado y bilingüe, para el caso de la etnia Wayú (13). Para el indicador de desnutrición global se consideró el indicador de Peso para la Edad - P/E, que refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica. Este es un indicador usado a nivel poblacional. En el caso de la desnutrición aguda, la relación de Peso para la Talla- P/T y para la desnutrición crónica, la Talla para la Edad- T/E (14).

Como determinantes estructurales se consideraron los accesos a servicios públicos como agua, alcantarillado, disposición de excretas y la etnia. Para los determinantes intermedios se evaluaron la asistencia a control médico, control odontológico, esquemas de vacunación, la funcionalidad familiar evaluada con el Apgar familiar y los recursos que las familias identifican como faltantes evaluado con el Ecomapa (15).

RESULTADOS

Se encontró una prevalencia de desnutrición global en 42 niños (59,1%) IC al 95% [47,54-69,83] de la etnia

Wayú y en 28 (22,4%) IC al 95% [15,98-30,47] de los pertenecientes a la comunidad Zenú. En la comunidad Wayú se identificaron como factores de riesgo la disposición de excretas a campo abierto, ya que 66 de los niños evaluados (92,9%) residen en hogares con esta práctica, frente a solo 21 niños (16,8%) en la comunidad Zenú. La falta de acueducto se dio en toda la población Wayú y en las viviendas de 38 niños (30,4%) de la comunidad Zenú.

En la Tabla 1, en relación con el sexo se encontraron diferencias en ambas poblaciones. Se observa que por cada 10 escolares hay 15 en primera infancia, en ambas comunidades. En cuanto a los servicios de salud, la afiliación de los niños está por encima del 87,3% en ambas etnias.

Cuando se analiza el comportamiento de la asistencia a los programas de salud de crecimiento y desarrollo y salud oral, se observan diferencias marcadas entre las dos comunidades: en la comunidad Zenú acude el 84,8% a crecimiento y desarrollo, mientras que en la comunidad Wayú la asistencia es del 42,2%. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($z=6,05$; $p<0,00$); de manera similar en el programa de salud oral un 68,8% de asistencia en la comunidad zenúes y 21,1% en los wayuu ($z=6,27$ $p<0,00$). Se puede observar que la población Zenú logra una mayor asistencia al programa de vacunación.

Los servicios de acueducto y disposición de excretas son precarios y escasos en los Wayú. En esta comunidad 66 niños (92,9%) residen en hogares donde la disposición de excretas es a campo abierto, lo cual muestra una diferencia con los Zenúes, que en su mayoría cuentan con letrinas. Es importante destacar que ninguna de las comunidades cuenta con acueducto.

Los recursos externos a la familia declarados como faltantes fueron: los económicos, el empleo, los servicios de salud occidental, servicios de salud ancestral y la recreación. De los hogares que reportaron como recurso faltante el empleo, el 77,8% son de la etnia Wayú, en comparación con el 22,2% de la comunidad Zenú. Con respecto a la recreación, el 100% de las familias que reportaron este recurso como faltante fueron de la etnia Zenú.

En cuanto a la desnutrición se observa en relación con la desnutrición global que el 60% son wayús y, de los que presentaron todos los indicadores nutricionales normales, el 75,5 % [80] son de la etnia Zenú, lo que evidencia una diferencia importante en las dos poblaciones con una desventaja marcada hacia los primeros.

Tabla 1. Características sociodemográficas y determinantes sociales de la salud en los niños de dos comunidades indígenas de la Costa Caribe colombiana (2020)

Variable	Wayú n/N (%)	Zenú n/N (%)
Sexo		
Femenino	38/71(53,5)	60/125(48)
Masculino	33/71(46,5)	65/125(52)
Ciclo vital		
Primera infancia (0-5 años)	39/71(54,9)	77/125(48)
Infancia (6-11 años)	32/71(45,1)	48/125(52)
Afiliación al sistema de salud		
Sí	62/71(87,3)	111/125(88,1)
No	9/71(12,7)	14/125(11,9)
Asistencia a control de crecimiento y desarrollo		
Sí	30/71(42,2)	106/125(84,8)
No	41/71(57,8)	19/125(15,2)
Asistencia a programa de salud oral		
Sí	15/71(21,1)	86/125(68,8)
No	56/71 (78,9)	39/125(31,2)
Esquema de vacunación adecuado para la edad		
Sí	62/71 (87,3)	125/125 (100)
No	9/71(12,7)	0/125(0,0)
Funcionalidad familiar (Apgar Familiar)		
Sí	58/71(81,7)	119/125(95,2)
No	13/71(18,3)	6/125 (4,8)
Acceso a servicios públicos (Acueducto)		
Sí	0/71 (0,0)	87/125 (69,6)
No	71/71(100)	38/125(30,4)
Acceso a servicios públicos (Disposición excretas)		
Letrina	5/71(7,1)	104/125(83,2)
Campo abierto	66/71(92,9)	21/125(16,8)
Acceso a servicios públicos (Alcantarillado)		
No	71/71(100)	125/125 (100)
Recursos económicos faltantes		
Sí	64/71(90,1)	43/125(34,4)
No	7/71(9,9)	82/125(65,6)
Empleo faltante		
Sí	63/71(88,7)	18/125(14,4)
No	8/71(11,3)	107/125(85,6)
Servicio de salud occidental faltante		
Sí	40/71(56,3)	32/125(25,6)
No	31/71(43,7)	93/125(74,4)
Servicio de salud ancestral faltante		
Sí	3/71(4,2)	74/125(59,2)
No	68/71(95,8)	51/125(40,8)
Recreación faltante		
Sí	0/71(0,0)	91/125(72,8)
No	71/71(100)	34/125(27,2)
Estado nutricional*		
Desnutrición global	42/71(59,1)	28/125(22,4)
Desnutrición aguda	4/71(5,6)	8/125(6,4)
Desnutrición crónica	27/71(38)	27/125(21,6)
Niños sin ningún indicador alterado por déficit	26/71(36,6)	80/125 (64)

*Un mismo paciente puede tener afectado más de un indicador.

En la Tabla 2, en el sexo femenino se observó mayor porcentaje de algún indicador alterado por desnutrición (AIAD) 56,6%, frente a 43,4% de los hombres.

En los niños Wayú, el 63,4% presenta algún indicador alterado por desnutrición, mientras que en los Zenú solo el 36% presenta esta condición. En el caso de los niños que no presentan alteración en ninguno de los indicadores nutricionales, se evidenció que residían

en hogares con mejor acceso a DSS, tanto estructurales como intermedios; presentan mejor servicio de acueducto, alcantarillado, menos prácticas inadecuadas de disposición de excretas. Se observa menos empleo faltante y mayor percepción de necesidad de rescatar los servicios ancestrales en los que no presentan desnutrición cuando se les compara con los que tienen algún indicador nutricional alterado.

Tabla 2. Estado nutricional, según variables sociodemográficas y determinantes sociales de la salud en los niños de dos comunidades indígenas de la Costa Caribe colombiana 2020

Variable	Algún indicador alterado para desnutrición * n(%)	No desnutrición n(%)
Sexo		
Femenino	51/90(56,6)	47/106(47,9)
Masculino	39/90(43,4)	59/106(60,2)
Ciclo vital		
Primera infancia (0-5 años)	57/90(63,3)	59/106(50,8)
Infancia (6-11 años)	33/90(36,6)	47/106(58,7)
Grupo étnico		
Wayú	45/90(50)	26/106(36,6)
Zenú	45/90(50)	80/106(64)
Afiliación al sistema de salud		
Sí	79/90(87,7)	94/106(54,3)
No	11/90(12,3)	12/106(52,2)
Asistencia a control crecimiento y desarrollo		
Sí	58/90(64,4)	78/106(57,4)
No	32/90(35,6)	28/106(46,7)
Asistencia a programa salud oral		
Sí	41/90(45,5)	60/106(59,4)
No	49/90(54,5)	46/106(48,4)
Esquema adecuado vacunación		
Sí	84/90(93,3)	103/106(55,1)
No	6/90(6,7)	3/106(33,3)
Funcionalidad familiar		
Sí	79/90(87,7)	98/106(55,4)
No	11/90(12,3)	8/106(42,1)
Acceso a acueducto		
Sí	37/90(41,1)	50/106(57,5)
No	53/90(58,9)	56/106(51,4)
Acceso a alcantarillado		
No	90/90(100)	106/106(54,1)
Disposición de excretas		
Letrina	39/90(43,3)	70/106(64,2)
Campo abierto	51/90(56,7)	36/106(41,4)
Recursos económicos faltantes**		
Sí	55/90(61,1)	52/106(48,6)
No	35/90(38,9)	54/106(60,7)
Empleo faltante		
Sí	45/90(50)	36/106(44,5)
No	45/90(50)	70/106(60,9)
Servicio de salud occidental faltante		
Sí	43/90(47,7)	29/106(40,3)
No	47/90(32,3)	77/106(62,1)
Servicio de salud ancestral faltante		
Sí	27/90(35,1)	50/106(64,9)
No	63/90(52,9)	56/106(47,1)
Recreación faltante		
Sí	33/90(36,3)	58/106(63,7)
No	57/90(54,3)	48/106(45,7)

*Un mismo paciente puede tener alterado más de un indicador; ** Una misma familia puede reportar varios recursos faltantes. Se tabularon los cinco más frecuentes.

En la Tabla 3, cuando se relacionan los factores de los DSS, se observa que hay significancia estadística al comparar los grupos étnicos en relación con el estado de desnutrición (comparación wayú y zenú) con un OR=3,07; IC (1,67-5,63)p=0,0003; de igual manera, la disposición de excretas a campo abierto OR=2,54;

(1,42-4,53) p=0,002, el empleo faltante OR=1,94; IC (1,09-3,46) p=0,03 y la necesidad de servicios de salud occidental OR=2,42; IC (1,34-4,40)p=0,005, se puede observar para este conjunto de variables OR superiores a 1 e intervalos de confianza que no contienen la unidad y un valor de significancia estadística menor de 0,05,

Tabla 3. Factores relacionados con la desnutrición de los niños de dos comunidades indígenas de la Costa Caribe colombiana (2020).

Variable	Algún indicador alterado para desnutrición * n(%)	No desnutrición n(%)	OR (IC95%)	valor-p
Sexo				
Femenino	51(52,1)	47(47,9)	1.64(0.93-2.89)	0.11
Masculino	39(39,8)	59(60,2)		
Ciclo vital				
Primera infancia (0-5 años)	57(37,1)	59(50,8)	1.37(0.77-2.44)	0.34
Infancia (6-11 años)	33(41,3)	47(58,7)		
Grupo étnico				
Wayú	45(63,4)	26(36,6)	3.07(1.67-5.63)	0.0003
Zenú	45(36)	80(64)		
Afiliación al sistema de salud				
Sí	79/173(45,6)	94(54,3)	1.09(0.45-2.60)	1.00
No	11/23(47,8)	12(52,2)		
Asistencia a control crecimiento y desarrollo				
Sí	58(42,6)	78(57,4)	1.53(0.83-2.83)	0.21
No	32(53,3)	28(46,7)		
Asistencia a programa salud oral				
Sí	41(40,6)	60(59,4)	1.55(0.88-2.74)	0.16
No	49(51,6)	46(48,4)		
Esquema adecuado vacunación				
Sí	84(44,9)	103(55,1)	2.45(0.59-10.10)	0.34
No	6(66,7)	3(33,3)		
Funcionalidad familiar				
Sí	79(44,6)	98(55,4)	1.70(0.65-4.44)	0.38
No	11(57,9)	8(42,1)		
Acceso a acueducto				
Sí	37(42,5)	50(57,5)	1.27(0.72-2.25)	0.47
No	53(48,6)	56(51,4)		
Acceso a alcantarillado				
No	90(45,9)	106(54,1)		
Disposición de excretas				
Letrina	39(35,8)	70(64,2)	2.54(1.42-4.53)	0.002
Campo abierto	51(58,6)	36 (41,4)		
Recursos externos ECOMAPA**				
Recursos económicos faltantes				
Sí	55(51,4)	52(48,6)	1.63(0.92-2.88)	0.12
No	35(44,2)	54(65,8)		
Empleo faltante				
Sí	45(55,5)	36(44,5)	1.94(1.09-3.46)	0.03
No	45(39,1)	70(60,9)		
Servicio de salud occidental faltante				
Sí	43(59,7)	29(40,3)	2.42(1.34-4.40)	0.005
No	47(37,9)	77(62,1)		
Servicio de salud ancestral faltante				
Sí	27(35,1)	50(64,9)	0.48(0.26-0.86)	0.02
No	63(52,9)	56(47,1)		
Recreación faltante				
Sí	33 (36,3)	58(63,7)	0.47(0.26-0.85)	0.001
No	57(54,3)	48(45,7)		

* Un mismo paciente puede tener afectado más de un indicador; ** Una misma familia puede reportar varios recursos faltantes. Se tabularon los cinco más frecuentes.

DISCUSIÓN

Las comunidades indígenas viven en condiciones de limitado acceso a los servicios de saneamiento básico. Sin embargo, se evidencian diferencias en las dos comunidades estudiadas. En la parte nutricional, los niños de la etnia Zenú se encuentran en mejores condiciones, que podrían explicarse porque la comunidad Zenú cuenta con acceso a cultivos de pancoger que les permiten tener una nutrición básica, mientras que los Wayú viven en una zona desértica.

La poca cobertura de programas de control médico y odontológico se explica en parte por las distancias entre las comunidades y los servicios médicos regulares, además de las diferencias culturales (16,17).

Considerando como determinantes intermedios la falta de acceso a servicios de salud ancestral y la falta a recreación, la comunidad Zenú es la que más identifica estas dos necesidades. Esto pudiera explicarse por la pirámide de necesidades de Maslow (18), ya que al tener satisfechas las necesidades básicas como la alimentación, pueden aspirar a suplir otras, como la recreación. En

lo que respecta a prácticas ancestrales, la comunidad indígena Wayú las conserva, mientras que los zenús las han perdido; no obstante, está en proceso de recuperarlas.

Estos resultados muestran disparidades socioeconómicas y étnicas para la desnutrición en todas sus formas. Por lo anterior, se debe continuar con procesos que permitan el empoderamiento comunitario, ya que como lo menciona Jiménez (19) et ál. en su artículo sobre “Determinantes Sociales y malnutrición en América latina”, las comunidades podrían controlar y mejorar su desarrollo en la medida en que cuenten con más información y medios para garantizar los derechos humanos y la justicia social.

Las condiciones de inequidad en que viven los niños de las comunidades indígenas influyen en su estado nutricional, lo cual concuerda con el estudio realizado por Mariños, en el 2014, en el que el aumento del riesgo de desnutrición es tres veces mayor en los niños que viven en extrema pobreza (20). La disposición inadecuada de excretas, o sea el realizarlo a campo abierto, se relacionó con un mayor riesgo de presentar desnutrición, resultado que es coherente con lo encontrado por Barrera en el 2017, en el cual se encontró una relación entre la disposición inadecuada de basuras y la desnutrición global, relación que puede explicarse por la exposición a desechos que implican riesgo para la salud (21).

Se debe continuar abordando el problema de la desnutrición infantil en estas comunidades y analizarlo como algo más allá que va más allá de la falta de alimentos. Es una condición compleja y de mucho interés; como lo menciona Hernández (22), los problemas de malnutrición se relacionan con el acceso restringido a la atención médica, ausencia de un enfoque de políticas basadas en la equidad, saneamiento ambiental deficiente, entre otros.

En términos generales, la desnutrición global está más concentrada entre los niños de hogares más pobres, con mayores falencias en los determinantes sociales de la salud, lo cual concuerda con la investigación de Hasan en Bangladesh 2020. Por ello, se debe trabajar en el desarrollo de programas e intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades socioeconómicas en la desnutrición infantil (23). De otra parte, el peso de la desnutrición impacta la mortalidad infantil (12) ♣

Agradecimientos: A cabildos menores de la etnia Zenú en Carranzó, Algarrobos y La Floresta (Chinú, Córdoba) y a las autoridades tradicionales de las Rancherías wayú de El Chorro, Ballerumana, Pirwaitamana y Sabanalarga de Mayapo (Municipio de Manaure, La Guajira).

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010. <https://bit.ly/37TXhoX>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas [Internet]. 2012 [cited 2020 Apr 1]. <https://bit.ly/3sIV3Qh>.
3. Marmot M, Pellegrini A, Vega J, Solar O y Fortune K. Acción con respecto a los determinantes sociales de la salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [cited 2020 Apr 1]; 34(6). <https://bit.ly/co/CJjd>.
4. Chávez Victorino O, Carpio Ramírez C. El reconocimiento del sistema indígena de salud. Implicaciones de la cobertura de salud gubernamental en México. Revista Latinoamericana de Bioética. 2018; 18(2):195-209. <https://doi.org/10.18359/rbi.3422>.
5. Bustos P, Muñoz S, Vargas C, Amigo H. Pobreza y procedencia indígena como factores de riesgo de problemas nutricionales de los niños que ingresan a la escuela. Salud Publica Mex. 2009 [cited 2020 May 3]; 51:187-193. <https://bit.ly/co/CJji>.
6. Cardona A. Vínculo entre mestizaje y salud en un sistema médico de una comunidad indígena Colombiana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013; 39(4):651-64. <https://bit.ly/co/CJkK>.
7. República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: República de Colombia; 1991.
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo 2005. Bogotá: DANE; 2006.
9. Ministerio de Cultura. Caracterización del pueblo Zenú [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2010 [cited 2020 May 3]. <https://bit.ly/co/CJkD>.
10. Puello EC, Amador CE, Luna JM. Determinantes sociales de salud en los agricultores del resguardo indígena Zenú. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1):17-26. <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016002>.
11. Colombia. Resguardo Indígena Zenú. Cabildo Mayor Regional. Declaración del Resguardo Indígena Zenú, Córdoba y Sucre, como Territorio libre de transgénicos. San Andrés de Sotavento; 2010.
12. Bonet-Moron J, Hahn de Castro L. La mortalidad infantil y la desnutrición en La Guajira. Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República. 2017; (255):5-13. <https://bit.ly/co/CJkM>.
13. Ministerio de salud y protección social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2018 [cited 2020 May 3]. <https://bit.ly/co/CJkU>.
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016 [Internet]. Bogotá: República de Colombia; 2016 [cited 2020 May 3]. <https://bit.ly/co/CJkA>.
15. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). Bogotá: Fundamentos de Salud Familiar; 2008.
16. Aguilera M. La Economía del Departamento de Sucre: ganadería y sector público. Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) Cartagena. Banco de la República. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional [Internet]. 2005 [cited 2020 May 3]; (63):53. <https://bit.ly/co/CJkH>.
17. Villalobos-Colina D, Marrufo-Torres L, Bravo-Henriquez A. Situación Nutricional y Patrones Alimentarios de Niños Indígenas en Edad Escolar de la Etnia Wayú. Antropo [Internet]. 2012 [cited 2020 May 3]; 28:87-95. <https://bit.ly/co/CJjv>.
18. Campos Doria CA, Díaz-Ramírez O. Motivación Humana. Psiquiatría UNAM. 2003 [cited 2020 May 3]. <https://bit.ly/co/CJp8>.
19. Jiménez-Benítez D, Rodríguez-Martín A, Jiménez-Rodríguez R. Social determinants analysis of malnutrition in Latin America. Nutr. Hosp. [Internet]. 2010 [cited 2020 May 3]; 25(Suppl 3):18-25. <https://bit.ly/co/CJpl>.

20. Mariños-Anticona C, Chaña-Toledo R, Medina-Osis J, Vidal-Anzardo M, Valdez Huarcaya W. Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú. *Revista Peruana de Epidemiología* [Internet]. 2014 [cited 2020 May 3];18(1):1-7. <https://bitly.co/CJpQ>.
21. Barrera-Dussán N, Fierro-Parra E, Puentes-Fierro L, Ramos-Castañeda J. Prevalencia y determinantes sociales de malnutrición en menores de 5 años afiliados al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) del área urbana del municipio de Palermo en Colombia, 2017. *Univ. Salud.* 2018; 20(3):236-246. <https://doi.org/10.22267/rus.182003.126>.
22. Hernández Rincón E. Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *Medwave* (2020). 20. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.02.7839>.
23. Hasan MM, Uddin J, Pulok MH, Zaman N, Hajizadeh M. Socioeconomic Inequalities in Child Malnutrition in Bangladesh: Do They Differ by Region? *Res Salud Pública.* 2020; 17(3):1079. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031079>.