

ARTÍCULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 6 de octubre de 2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 7 de enero de 2022

FECHA DE PUBLICACIÓN: 19 de mayo de 2022

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca doctoral del Programa de Fortalecimiento Institucional de la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (RD-2019-1822-E-UNC-FCM). Programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea con el acuerdo de subvención Marie Skłodowska-Curie N° 89102.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
virperesini81@gmail.com

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS002773

DETERMINANTES SOCIALES Y DE GÉNERO DEL EXCESO DE PESO EN LA ADULTEZ EN CONTEXTOS DE POBREZA URBANA EN CÓRDOBA, ARGENTINA, 2019

Social and gender determinants of excess weight in the adulthood in contexts of urban poverty in Córdoba, Argentina, 2019

* Virginia Peresini¹. Médica Especialista en Medicina Familiar y General.
Natalia Tumas². Dra. en Demografía.
Gabriel Esteban Acevedo³. Dr. en Medicina.

¹ Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina.

² Universitat Pompeu Fabra, España; UNC, Argentina.

³ UNC, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La clase social y el género se vinculan con la malnutrición por exceso. Sin embargo, existe aún escasa evidencia al respecto en contextos de pobreza urbana de Córdoba. El objetivo de este trabajo fue analizar los determinantes sociales individuales de la ocurrencia de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal en la población adulta por género en contextos de pobreza de la ciudad de Córdoba en 2019. MÉTODOS: Se realizó un estudio epidemiológico observacional de corte transversal, con una muestra aleatoria (n=380) de personas adultas usuarias de un hospital público. Se efectuaron mediciones antropométricas y una entrevista sobre características sociodemográficas, socioeconómicas, de género y de salud. Se estimaron modelos de regresión logística múltiple estratificados por género. RESULTADOS: Las mujeres solteras, separadas o viudas tenían menor probabilidad de sobrepeso (OR 0,40; IC 95%: 0,18-0,87) y las mujeres desocupadas (OR 0,27; IC 95%: 0,08-0,87) de obesidad abdominal. Los varones de nivel socioeconómico medio o bajo presentaban menor probabilidad de sobrepeso (OR 0,21; IC 95%: 0,05-0,76), y los que dedicaban mayor tiempo al trabajo no remunerado tenían menor probabilidad de presentar obesidad (OR 0,43; IC 95%: 0,20-0,89). DISCUSIÓN: La malnutrición por exceso en contextos de pobreza de Córdoba está relacionada con determinantes sociales y de género, y es diferente en varones y mujeres.

PALABRAS CLAVE: Obesidad; Determinantes Sociales; Enfermedades no Transmisibles; Género; Argentina

ABSTRACT. INTRODUCTION: Social class and gender are linked to excess weight. However, the evidence in contexts of urban poverty in Córdoba (Argentina) is still scarce. The objective of this study was to analyze individual social determinants of adult overweight, obesity and central obesity by gender in contexts of poverty in the city of Córdoba in 2019. METHODS: An observational cross-sectional epidemiological study was carried out, with a random sample (n=380) of adult users of a public hospital. A survey on sociodemographic, socioeconomic, gender and health characteristics was applied, and anthropometric measures were taken. Multiple logistic regression models stratified by gender were estimated. RESULTS: Single, separated or widowed women were less likely to be overweight (OR 0.40; 95% CI: 0.18-0.87), and unemployed women had a lower probability of central obesity (OR 0.27; 95% CI: 0.08-0.87). Men with middle or low socioeconomic status were less likely to be overweight (OR 0.21; 95% CI: 0.05-0.76), and those who devoted more time to unpaid work had a lower probability of obesity (OR 0.43; 95% CI: 0.20-0.89). DISCUSSION: Excess weight in contexts of poverty in Córdoba is linked to social and gender determinants, and the associations are different in men and women.

KEY WORDS: Obesity; Social Determinants; Non-Communicable Diseases; Gender; Argentina

INTRODUCCIÓN

Se atribuye al exceso de peso gran parte de la carga de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), principalmente diabetes, enfermedades cardiovasculares, diversos tipos de cánceres y trastornos musculoesqueléticos. Su impacto sobre la salud depende no solo del volumen de grasa acumulada, sino también de su distribución corporal. En los últimos 40 años, la cantidad de personas con obesidad en el mundo se triplicó, y las mujeres han sido las más afectadas¹. Así, entre 1975 y 2014 la prevalencia de la obesidad aumentó del 3,2% al 10,8% en los hombres y del 6,4% al 14,9% en las mujeres².

Se sabe además que la salud está fuertemente modelada por la posición social, por lo que la epidemia de obesidad, así como los principales factores de riesgo de ECNT se concentran cada vez más en los países de ingresos bajos y medios³. De este modo, conforme la transición nutricional progresa, la carga de sobrepeso y obesidad se desplaza de los grupos de niveles socioeconómicos (NSE) más altos a los más bajos, con diferencias que con frecuencia resultan más marcadas en mujeres que en hombres⁴.

En este contexto, América Latina ha experimentado una marcada ampliación de la brecha entre los grupos de mayores y menores ingresos, y paralelamente evidencia un incremento de la prevalencia de estas problemáticas (en 2018, un 57,7% de las personas adultas tenían sobrepeso y un 23% obesidad). Estudios previos destacaron que la obesidad resulta más prevalente entre las mujeres con menor NSE en varios países de América Latina, incluida Argentina⁵.

En Argentina, a lo largo de los últimos años es posible identificar una tendencia en aumento del sobrepeso y la obesidad, que, si bien afecta a todos los grupos etarios y sectores sociales, se evidencia con mayor contundencia en los grupos con posición social más desfavorable. La carga de obesidad se concentra así en los grupos de menor NSE⁶. Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), el 16,2% de las personas con obesidad y el 15,4% de aquellas con sobrepeso presentaban algún tipo de necesidad básica insatisfecha (NBI), valores significativamente superiores a los registrados en población con estado nutricional normal⁷. La obesidad mostró además desigualdades asociadas al nivel educativo, más marcadas en las mujeres que en los hombres. Resultó menor la prevalencia de obesidad en mujeres con niveles de educación superior, en tanto la prevalencia de esta condición fue mayor en aquellas con menor nivel educativo⁸.

Además de las características socioeconómicas individuales, los entornos barriales con condiciones sociales desfavorables se vinculan de forma independiente e inversa con el índice de masa corporal (IMC) promedio de sus residentes⁹. En Córdoba (Argentina), por ejemplo, en la población adulta que asiste al sector público para la atención de salud, la malnutrición por exceso afecta al 60%, con una frecuencia de presentación de la obesidad superior en mujeres (27,7% vs. 24,6% en varones)¹⁰.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identifica al género como un determinante estructural de las desigualdades en salud, que —articulado con otros determinantes estructurales (como la clase social, la etnia) e intermedios (como los ingresos, la situación económica, el trabajo doméstico y de cuidados, las condiciones de trabajo y el entorno residencial)— establece las condiciones de vida y la posibilidad de adoptar estilos de vida saludable^{11,12}. En este estudio se toma dicho enfoque, y se reconoce e interpreta que las diferencias en indicadores de salud de varones y mujeres obedecen mayormente a los roles sociales asignados a ambos, más que a las diferencias biológicas. En tal sentido, la incorporación del género como paradigma interpretativo ha significado un notable avance, pues ha permitido romper con la idea del carácter exclusivamente natural (léase biológico) de la diferencia y plantear su carácter social y cultural. Esto permite reconocer las relaciones de poder que se han dado históricamente entre los géneros^{12,13}.

En este medio, solo muy recientemente comenzaron a publicarse estudios que integran los diferentes ejes de desigualdad, teniendo en cuenta las características de los entornos en la malnutrición por exceso, y documentando la relación de estas problemáticas según el área de residencia. Específicamente en Córdoba, son escasas las investigaciones que han abordado el estudio de estos factores en conjunto en contextos de pobreza urbana. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue analizar los determinantes sociales individuales de la ocurrencia de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal adulta por género en contextos de pobreza de la ciudad de Córdoba en 2019.

MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico observacional cuantitativo de corte transversal. La recolección de datos primarios se llevó a cabo mediante una entrevista, aplicando una adaptación del instrumento validado utilizado en la ENFR de 2018. Se efectuaron mediciones antropométricas de peso, talla y circunferencia de cintura (CC). Tanto el peso como la talla se midieron con técnicas estandarizadas, utilizando tallímetros y balanzas calibradas. El peso se obtuvo con ropa ligera y sin zapatos, usando una balanza electrónica con una precisión de 0,1 kg, mientras que la medición de la talla se realizó con un tallímetro con una precisión de 0,1 cm. Las entrevistas y mediciones antropométricas estuvieron a cargo de profesionales de la salud entrenadas para tal fin.

A partir de la población de usuarios de los consultorios de admisión del Hospital Príncipe de Asturias, establecimiento público de segundo nivel de la ciudad de Córdoba, y mediante la técnica de muestreo aleatorio simple se obtuvo una muestra de 380 pacientes. Se incluyó en el estudio a la población adulta, mayor de 18 años, y como criterio de exclusión se estableció la presencia de alguna característica que dificultara la administración de la encuesta (hipoacusia, discapacidad intelectual, deterioro cognitivo,

etc.). El período de recolección de datos fue de mayo a octubre de 2019.

VARIABLES DEPENDIENTES: Las variables de respuesta fueron el sobrepeso, la obesidad y la obesidad abdominal, evaluadas usando el IMC y la CC. El sobrepeso y la obesidad se definieron como $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$, respectivamente. La obesidad abdominal se definió por una CC $\geq 80 \text{ cm}$ en mujeres y $\geq 90 \text{ cm}$ en hombres^{14,15}. La CC fue medida con cinta métrica inextensible (de más de 150 cm) colocada en plano horizontal al piso a nivel de la media distancia entre el reborde costal inferior y la cresta ilíaca luego de una espiración normal¹⁶.

VARIABLES INDEPENDIENTES: Se consideraron diversas variables de exposición, a saber: i) nivel de instrucción (hasta primario incompleto, primario completo y secundario incompleto, secundario completo y más); ii) NSE (alto, medio, bajo); iii) situación laboral (ocupada/o, desocupada/o, inactiva/o); iv) rama de actividad (trabaja en sectores de alta productividad, trabaja en sectores de baja productividad), v) cobertura de salud (con obra social o prepaga, solo con cobertura del sistema público de salud; vi) situación conyugal (casada/o en pareja, separada/o, divorciada/o; viuda/o); vii) tiempo en horas semanales dedicado al trabajo no remunerado (trabajos de reproducción o doméstico); viii) tiempo en horas de trabajo semanales totales (trabajo remunerado más no remunerado).

OTRAS COVARIABLES: Se incluyó además la edad (años) como variable de ajuste, y los análisis se estratificaron por género. Cabe aclarar que lo que se indagó fue la auto-percepción de género (femenino, masculino, transgénero masculino, transgénero femenino y sin identificación con los géneros femenino, masculino y trans).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Inicialmente se realizó un estudio exploratorio, se calcularon medidas resumen de posición y dispersión, y se efectuaron pruebas de chi cuadrado para variables categóricas y pruebas t de Student para la diferencia de medias en variables cuantitativas. Luego, para valorar asociaciones entre las variables de interés (variables independientes) y la ocurrencia de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal (variables dependientes), se estimaron modelos de regresión logística múltiple. En la estimación de modelos no se incluyeron aquellas variables de exposición que presentaban gran faltante de datos (personas con necesidad de cuidados en el hogar) o alta correlación (tiempo en horas semanales de trabajo total). Tampoco se incluyeron las variables NBI y percepción de ingresos propios por medir constructos similares a otras variables, y dado que su inclusión no mejoraba la calidad de los modelos. Las variables cuantitativas continuas fueron estandarizadas a su media en todos los modelos. Todos los análisis fueron estratificados por género y se realizaron mediante el programa Stata v14.

Los/as participantes firmaron previamente un consentimiento informado, en el que dieron su conformidad para formar parte del estudio. El protocolo contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional de

Clínicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Ciencias Médicas, y se encuentra inscripto en el Registro Provincial de Investigaciones en Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba.

RESULTADOS

En total participaron 380 personas (49,73% mujeres). Dos personas se identificaron como transgénero masculino (0,52%). El promedio de edad fue de 48,88 (Desvío estándar (DS)=15,39) años en mujeres, con un rango de 18-83 años, y de 43,33 (DS=14,89) años en varones, con un rango de 18-79 años (ver Tabla 1).

Según las mediciones antropométricas efectuadas, el porcentaje de personas con sobrepeso fue similar en mujeres (75,66%) que en varones (77,25%). El porcentaje de obesidad en mujeres fue mayor que en hombres (43,38% vs. 37,03%), y lo propio ocurrió con el porcentaje de obesidad abdominal (81,48% vs. 70,74%) (Tabla 1).

La edad promedio de las mujeres con sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal fue mayor que en aquellas sin estas condiciones ($p < 0,05$). Lo mismo ocurrió para el sobrepeso y obesidad abdominal en varones ($p < 0,05$). En lo que respecta a la situación conyugal, los hombres que estaban casados o en pareja presentaron sobrepeso con mayor frecuencia que aquellos que no lo estaban ($p < 0,05$). En cuanto al nivel educativo, la obesidad abdominal fue significativamente más frecuente en aquellas mujeres con el menor nivel de instrucción ($p < 0,05$). El promedio de tiempo en horas dedicadas al trabajo no remunerado (tareas de reproducción dentro del hogar) fue significativamente mayor en hombres sin obesidad que en aquellos con obesidad ($p < 0,05$) (Tabla 1).

Apenas 2 participantes se identificaron como transgénero masculino. Por la imposibilidad de aplicar pruebas estadísticas inferenciales con escaso número de casos, para estas personas solo se describen sus características principales: una tenía 22 años, era soltera, estudiante de nivel secundario, sin cobertura de salud y con estado nutricional normal; la otra tenía 38 años, era soltera, con estudios primarios completos, ocupación en sectores de baja productividad, sin cobertura de salud y con sobrepeso.

Los resultados de la estimación de modelos logísticos ajustados indicaron que las mujeres solteras, separadas o viudas tenían menor probabilidad de presentar sobrepeso que las casadas o en pareja (OR 0,40; IC 95%: 0,18-0,87). En lo que respecta al mercado laboral, las mujeres desocupadas tenían menor probabilidad de presentar obesidad abdominal (OR 0,27; IC 95%: 0,08-0,87) en comparación con aquellas que además de las tareas de cuidado dentro del hogar, desarrollaban tareas remuneradas. También se evidenció que los hombres con NSE medio o bajo tenían menores probabilidades de presentar sobrepeso que los de NSE alto (OR 0,21; IC 95%: 0,05-0,76). Además, a mayor tiempo promedio en horas dedicado al trabajo no remunerado, menor era la probabilidad de presentar obesidad en varones (OR 0,43; IC 95%: 0,20-0,89) (ver Tabla 2).

TABLA 1. Variables sociodemográficas de la población estudiada según malnutrición por exceso por género, Córdoba, Argentina, 2019.

Variable	Mujeres						Varones					
	Sobrepeso		Obesidad		Obesidad abdominal		Sobrepeso		Obesidad		Obesidad abdominal	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
	143 (75,66)	46 (24,33)	82 (43,38)	107 (56,62)	154 (81,48)	35 (18,52)	146 (77,25)	43 (22,75)	70 (37,03)	119 (62,97)	134 (70,90)	55 (29,10)
Edad, media (DE*)	47,71 (14,65)	40,21 (16,38)	48,93 (14,15)	43,55 (15,95)	47,66 (14,38)	38,05 (17,35)	44,71 (14,57)	38,62 (15,17)	44,58 (13,98)	42,59 (15,42)	46,37 (14,35)	35,92 (13,64)
valor p (prueba t)	<0,05		<0,05		<0,01		<0,05		0,376		<0,01	
Situación conyugal, n (%)												
Casada/o en pareja	94 (65,73)	23 (50,00)	55 (67,07)	62 (57,94)	99 (64,27)	18 (51,43)	92 (63,01)	18 (41,86)	46 (65,71)	64 (53,78)	83 (61,94)	27 (49,09)
Separada/o, soltera/o o viuda/o	49 (34,27)	23 (50,00)	27 (32,93)	45 (42,06)	55 (35,71)	17 (48,57)	54 (36,99)	25 (58,14)	24 (34,29)	55 (46,22)	51 (38,06)	28 (50,91)
valor p (χ^2)	0,056		0,201		0,157		<0,05		0,108		0,104	
Nivel de instrucción, n (%)												
Hasta primario incompleto	23 (16,08)	4 (8,70)	12 (14,63)	15 (14,02)	25 (16,23)	2 (5,71)	17 (11,64)	4 (9,39)	7 (10,00)	14 (11,76)	16 (11,94)	5 (9,09)
Primario completo y secundario incompleto	71 (49,65)	21 (45,65)	42 (51,22)	50 (46,73)	78 (50,65)	14 (40,00)	89 (60,64)	26 (60,47)	46 (65,71)	69 (57,98)	82 (61,19)	33 (60,00)
Secundario completo y más	49 (34,27)	21 (45,65)	28 (34,15)	42 (39,25)	51 (33,12)	19 (54,29)	40 (30,23)	13 (30,23)	17 (24,29)	36 (30,25)	36 (26,87)	17 (30,91)
valor p (χ^2)	0,264		0,767		<0,05		0,878		0,572		0,771	
Nivel socioeconómico, n (%)												
Bajo	115 (80,42)	31 (67,39)	66 (80,49)	80 (74,77)	123 (79,87)	23 (65,71)	112 (76,71)	40 (93,02)	61 (87,14)	91 (76,47)	105 (78,36)	47 (85,45)
Medio	23 (16,08)	14 (30,43)	12 (14,63)	25 (23,36)	27 (17,53)	10 (28,57)	32 (21,92)	3 (6,98)	8 (11,43)	27 (22,69)	27 (20,15)	8 (14,55)
Alto	5 (3,50)	1 (2,17)	4 (4,88)	2 (1,87)	4 (2,60)	2 (5,71)	2 (1,37)	0 (0,00)	1 (1,43)	1 (0,84)	2 (1,49)	0 (0,00)
valor p (χ^2)	0,099		0,189		0,184		0,058		0,151		0,422	
Situación laboral, n (%)												
Ocupada/o	6 (42,66)	23 (50,00)	38 (46,34)	46 (42,99)	69 (44,81)	15 (42,86)	112 (76,71)	29 (67,44)	56 (80,00)	85 (71,43)	101 (75,37)	40 (72,73)
Desocupada/o	20 (13,99)	6 (13,04)	10 (12,20)	16 (14,95)	17 (11,04)	9 (25,71)	16 (10,96)	9 (20,93)	5 (7,14)	20 (16,81)	15 (11,19)	10 (18,18)
Inactiva/o	62 (43,36)	17 (36,96)	34 (41,46)	45 (42,06)	68 (44,16)	11 (31,43)	18 (12,33)	5 (11,63)	9 (12,86)	14 (11,76)	18 (13,43)	5 (9,09)
valor p (χ^2)	0,675		0,828		0,353		0,235		0,166		0,441	
Cobertura de salud, n (%)												
Con obra social o prepaga	39 (27,27)	12 (26,09)	20 (24,39)	31 (28,97)	42 (27,27)	9 (25,71)	32 (21,92)	6 (13,95)	14 (20,00)	24 (20,17)	25 (18,66)	13 (23,64)
Solo cobertura pública	104 (72,73)	34 (73,91)	62 (75,61)	76 (71,03)	112 (72,73)	26 (74,29)	114 (78,08)	37 (86,05)	56 (80,00)	95 (79,83)	109 (81,34)	42 (76,36)
valor p (χ^2)	0,875		0,482		0,851		0,252		0,978		0,438	
Rama de actividad, n (%)												
Trabaja en sectores de baja productividad	135 (94,41)	43 (93,48)	79 (96,34)	99 (92,52)	146 (94,81)	32 (91,43)	102 (69,86)	31 (72,09)	51 (72,86)	82 (68,91)	92 (68,66)	41 (74,55)
Trabaja en sectores de alta productividad	8 (5,59)	3 (6,52)	3 (3,66)	8 (7,48)	8 (5,19)	3 (8,57)	44 (30,14)	12 (27,91)	19 (27,14)	37 (31,09)	42 (31,34)	14 (25,45)
valor p (χ^2)	0,760		0,267		0,852		0,778		0,566		0,965	

* DE: desviación estándar.

Variable	Mujeres						Varones					
	Sobrepeso		Obesidad		Obesidad abdominal		Sobrepeso		Obesidad		Obesidad abdominal	
	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)	Sí n (%)	No n (%)
	143 (75,66)	46 (24,33)	82 (43,38)	107 (56,62)	154 (81,48)	35 (18,52)	146 (77,25)	43 (22,75)	70 (37,03)	119 (62,97)	134 (70,90)	55 (29,10)
Ingresos propios, n (%)	112 (78,32)	37 (80,43)	62 (75,61)	87 (81,31)	121 (78,57)	28 (80,00)	120 (82,19)	35 (81,40)	60 (85,71)	95 (79,83)	110 (82,09)	45 (81,82)
Sí	31 (21,68)	9 (19,57)	20 (18,69)	20 (18,69)	33 (21,43)	7 (20,00)	26 (17,81)	8 (18,60)	10 (14,29)	24 (20,17)	24 (17,91)	10 (18,18)
No	valor p (χ ²) 0,760		0,342		0,421		0,905		0,309		0,965	
Necesidades básicas insatisfechas, n (%)	42 (29,37)	14 (30,43)	23 (28,05)	33 (30,84)	46 (29,87)	10 (28,57)	36 (24,66)	15 (34,88)	14 (20,00)	37 (31,09)	34 (25,37)	17 (30,91)
Sí	101 (70,63)	32 (69,57)	59 (71,95)	74 (69,16)	108 (70,13)	25 (71,43)	110 (75,34)	28 (65,12)	56 (80,00)	82 (68,91)	100 (74,63)	38 (69,09)
No	valor p (χ ²) 0,891		0,677		0,879		0,184		0,097		0,436	
Personas con necesidad de cuidados en el hogar, n (%)	51 (35,66)	18 (39,13)	28 (34,15)	41 (38,32)	55 (35,71)	14 (40,00)	51 (35,17)	14 (32,56)	24 (34,29)	41 (34,75)	44 (33,08)	21 (38,18)
Sí	92 (64,34)	28 (60,87)	54 (65,85)	66 (61,68)	99 (64,29)	21 (60,00)	94 (64,83)	29 (67,44)	46 (65,71)	77 (65,25)	89 (66,92)	34 (61,82)
No	valor p (χ ²) 0,671		0,555		0,635		0,752		0,949		0,504	
Tiempo en horas semanales dedicado al trabajo no remunerado, media (DE)	53,20 (29,87)	52,13 (28,68)	45,63 (31,14)	38,00 (28,11)	42,35 (29,78)	36,74 (28,92)	45,17 (23,11)	42,34 (25,24)	11,08 (11,56)	15,84 (14,91)	14,81 (13,02)	12,29 (15,90)
valor p (prueba t)	0,829		0,199		0,251		0,491		< 0,05		0,983	
Tiempo en horas de trabajo semanales totales, media (DE)	42,60 (30,20)	37,32 (27,51)	56,09 (29,47)	50,53 (29,46)	54,12 (29,13)	47,70 (31,06)	45,17 (23,11)	14,40 (18,10)	44,32 (21,30)	44,64 (24,89)	44,55 (23,39)	44,47 (24,21)
valor p (prueba t)	0,294		0,079		0,312		0,836		0,921		0,259	

* DE: desviación estándar.

DISCUSIÓN

Al analizar los determinantes sociales del exceso de peso por género en contextos de pobreza urbana de Córdoba, se identificó que las mujeres solteras o viudas tienen menor probabilidad de presentar sobrepeso que las casadas o en pareja, y que las mujeres desocupadas tienen menor probabilidad de presentar obesidad abdominal que las ocupadas. Además, los varones con un NSE medio o bajo tienen menor probabilidad de presentar sobrepeso que los de mayor NSE, y aquellos que dedican más horas al trabajo no remunerado tienen menor probabilidad de presentar obesidad.

Según la bibliografía consultada, las transiciones entre los estados maritales afectan el peso corporal, y esa relación difiere por género. El hecho de estar casado o en pareja incrementa la chance de padecer malnutrición por exceso en varones, mientras que en las mujeres no se observan diferencias según estado civil, después de controlar otras variables^{17,18}. Específicamente en Córdoba, un estudio de prevalencia de obesidad mostró que las personas con uniones estables tenían casi el doble de probabilidad

de presentar sobrepeso en relación con los individuos separados, viudos o divorciados¹⁹.

En cuanto a la situación laboral, las mujeres desocupadas muestran menor probabilidad de presentar obesidad abdominal. En el contexto de la desigual distribución de las responsabilidades de trabajo doméstico y de cuidados, que tradicionalmente recaen en su mayoría en las mujeres, cabe suponer que la ausencia de esta doble carga laboral resulta ser en ellas un elemento protector para el desarrollo de la obesidad abdominal²⁰.

Además, se observa en este estudio una asociación positiva entre el nivel educativo y el sobrepeso en varones. Esto coincide con los resultados de un estudio reciente desarrollado en la región latinoamericana, en el que se reportó que los varones con menor nivel educativo presentaban menor probabilidad de padecer obesidad²¹. Similarmente, otras investigaciones previas mostraron que los hombres con un NSE más alto tenían mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, y esta asociación no se observó en mujeres⁵. No obstante, otros estudios desarrollados a nivel nacional identificaron una relación de tipo negativa

TABLA 2. Medidas de asociación entre las variables de exposición y malnutrición por exceso por género, Córdoba, Argentina, 2019.

Variable	Mujeres			Varones		
	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad abdominal	Sobrepeso	Obesidad	Obesidad abdominal
	n = 189 OR (IC 95%*)	n = 189 OR (IC 95%)				
Situación conyugal						
Casada/o en pareja	(Ref.†)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Separada/o, soltera/o viuda/o	0,40 (0,18-0,87)	0,61 (0,31-1,21)	0,48 (0,20-1,14)	0,53 (0,25-1,14)	0,58 (0,29-1,14)	0,94 (0,45-1,96)
Nivel de instrucción						
Hasta primario incompleto	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Primario completo y secundario incompleto	0,82 (0,24-2,86)	1,40 (0,55-3,54)	0,70 (0,13-3,50)	0,98 (0,27-3,53)	1,28 (0,43-3,75)	1,58 (0,47-5,26)
Secundario completo y más	0,96 (0,24-3,77)	1,59 (0,56-4,51)	0,54 (0,09-3,00)	1,05 (0,24-4,51)	1,13 (0,33-3,85)	2,17 (0,55-8,55)
Nivel socioeconómico						
Alto	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Medio o bajo	1,75 (0,76-4,04)	1,16 (0,59-2,50)	1,51 (0,59-3,86)	0,21 (0,05-0,76)	2,33 (0,97-5,55)	0,47 (0,18-1,24)
Situación laboral						
Ocupada/o	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Desocupada/o	1,15 (0,36-3,64)	0,51 (0,18-1,44)	0,27 (0,08-0,87)	0,62 (0,22-1,76)	0,50 (0,16-1,52)	0,66 (0,23-1,87)
Inactiva/o	1,15 (0,52-2,57)	0,64 (0,31-1,31)	0,96 (0,38-2,40)	0,75 (0,23-2,41)	1,14 (0,43-3,06)	1,17 (0,36-3,75)
Rama de actividad						
Trabaja en sectores de alta productividad	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Trabaja en sectores de baja productividad	1,83 (0,37-8,94)	0,56 (0,12-2,49)	1,18 (0,23-5,90)	0,84 (0,36-1,93)	0,93 (0,46-1,88)	1,25 (0,56-2,80)
Cobertura de salud						
Solo cobertura pública	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)	(Ref.)
Con obra social o prepaga	0,66 (0,27-1,59)	0,48 (0,22-1,05)	0,56 (0,28-1,50)	1,30 (0,46-3,76)	0,85 (0,37-1,92)	0,43 (0,17-1,05)
Tiempo en horas de trabajo no remunerado, z score	1,05 (0,73-1,51)	1,35 (0,99-1,84)	1,27 (0,83-1,90)	0,93 (0,44-1,95)	0,43 (0,20-0,89)	1,39 (0,65-2,95)

* IC: Intervalos de confianza, modelos ajustados por edad (años); † Valor de referencia 1,00

entre el nivel educativo y el exceso de peso en varones y mujeres, aunque de mayor magnitud en mujeres. No obstante, estas divergencias podrían explicarse, al menos en parte, por el hecho de que el presente estudio trabajó con una población que reside en un contexto de pobreza urbana, es decir, el gradiente social allí es menos pronunciado que el que se manifiesta al considerar todo el país. En efecto, dada la particularidad del estudio, estos resultados se asemejan más a los provenientes de países de menores ingresos²².

De acuerdo con el presente estudio, los varones con más horas dedicadas al trabajo no remunerado tienen menor probabilidad de padecer obesidad. En la misma línea, la evidencia indica que los hombres con mayor cantidad de tiempo destinado al trabajo remunerado tienen mayores probabilidades de presentar obesidad. Esto puede explicarse por diferentes factores, entre ellos: la mayor cantidad de tiempo en el trabajo remunerado deja menos tiempo libre para realizar actividad física; las jornadas laborales a menudo implican reemplazar las comidas preparadas en el hogar por aquellas compradas fuera (mayormente rápidas, procesadas y ultraprocesadas, con mayor valor calórico); y la menor cantidad de horas de sueño. Además, los hombres que residen en contextos de pobreza suelen emplearse en ocupaciones manuales que requieren altos niveles de actividad física, lo que confiere protección con-

tra la obesidad²³. Cabe señalar que en esta población de estudio el 72,86% de los varones con obesidad trabaja para el mercado en sectores de baja productividad, y el 80% posee un empleo informal, donde resulta habitual el consumo de alimentos de menor calidad nutricional y mayor densidad calórica¹⁸.

Al analizar la malnutrición por exceso en contextos de pobreza urbana, resulta necesario retomar el concepto de transición nutricional, el cual puede entenderse como un proceso que incluye cambios en el perfil nutricional (tamaño y composición corporal) de la población, determinados por modificaciones en los patrones de alimentación y actividad física²⁴. El proceso de transición nutricional involucra el paso de una dieta basada en carbohidratos complejos, con abundante contenido de fibra y pobre en grasas, hacia una dieta rica en grasas, azúcares simples y alimentos procesados y ultraprocesados, a la vez que un cambio desde un estilo de vida predominantemente activo a otro de tipo sedentario. Ello implica además un cambio en la forma de comprar, preparar y consumir los alimentos, relacionado con una mayor practicidad y menor tiempo dedicado a la preparación de comidas²⁵. Cabe mencionar que el impacto de este proceso es aún más marcado en contextos de menores recursos socioeconómicos y en áreas urbanas. A su vez, dentro de estos contextos, son los grupos de menor posición social los que resultan más

desfavorecidos²⁶. Como fuera ya mencionado, conforme la transición nutricional progresa, la carga de obesidad se desplaza de los grupos de NSE más altos a los más bajos. Esto se evidencia en varios países de América Latina, incluida Argentina⁴.

En la región, Argentina es el país que consume la mayor cantidad de productos ultraprocesados y uno de los líderes del consumo de gaseosas per cápita por año. Se sabe, además, que las canastas de los grupos de menor NSE efectivamente logran mayor cantidad de alimentos a menor precio (aunque nutricionalmente no adecuados y con frecuencia con alto valor calórico)²⁷. A ello se suma que las oportunidades para adoptar comportamientos saludables están menos disponibles entre las personas que viven en contextos de pobreza, lo puede determinar una mayor probabilidad de presentar exceso de peso y comorbilidades asociadas²⁸. Por otra parte, la baja participación de las mujeres en la utilización de los recursos domésticos se presenta de manera frecuente en los hogares empobrecidos, y a menudo esto va en detrimento de su salud y la de sus familias²⁹.

En la población de este estudio, que habita en un espacio urbano periférico en un contexto de pobreza, tanto la frecuencia de presentación de sobrepeso como la de obesidad resultan superiores a las del resto del país en ambos sexos (9 y 7 puntos porcentuales por encima del promedio nacional para el sobrepeso y la obesidad, respectivamente)³⁰. Esto es congruente con la literatura científica, que establece que los barrios con mayor privación material presentan mayor IMC⁸.

A nivel nacional, aunque con una brecha menos amplia que la de este caso de estudio, también existe una diferencia en la prevalencia de obesidad respecto al género, que resulta mayor en mujeres. La vinculación del género en el gradiente social del IMC es intrínseca y probablemente esté arraigada en factores complejos, incluidos los roles y normas sociales sobre los cuerpos de mujeres y varones, el acceso diferencial a recursos para una vida saludable, las disparidades en el uso del tiempo y el uso diferencial del espacio urbano. La posición social baja y la vida en vecindarios desfavorecidos pueden limitar el acceso de las personas a una alimentación saludable y a la actividad física, con el consecuente aumento de peso. Todo esto suele afectar en mayor medida a las mujeres. Con frecuencia, las mujeres de áreas empobrecidas padecen mayores niveles de agresión y acoso en la vía pública, lo que genera una disminución de su radio de movilidad, con todas las consecuencias que ello implica para un desarrollo personal saludable²¹.

Finalmente, cabe señalar que este trabajo presenta ciertas limitaciones. Dado que la población bajo estudio es usuaria del sistema de salud, incorpora alguna estrategia para el cuidado de la salud y puede no reflejar completamente a la población general del entorno barrial. Asimismo, el escaso tamaño muestral y la presencia

de una población de un área desfavorecida implican un gradiente socioeconómico y educativo individual más acotado y dificultan las comparaciones. Entre las fortalezas, se destaca el uso del mismo instrumento de las ENFR de 2018, el haber tomado mediciones antropométricas (lo cual permite contar con mediciones objetivas y precisas para la valoración del estado nutricional), y el hecho de que no han sido publicados estudios previos sobre esta temática en el área en cuestión.

A partir de los resultados logrados, cabe concluir que la malnutrición por exceso en contextos de pobreza de Córdoba está relacionada con determinantes sociales y de género, y es diferente en varones y mujeres. Resulta fundamental generar un mayor desarrollo de las investigaciones locales, que aborden la problemática del exceso de peso y comorbilidades asociadas desde la perspectiva de los determinantes sociales y de género. De igual manera, es necesario implementar sistemas de información en salud sensibles a inequidades sociales y de género, particularmente en los contextos más desfavorecidos.

En el marco de un proceso de rápida urbanización en Argentina, es recomendable que las medidas tendientes a abordar el exceso de peso consideren las características de los contextos sociales así como las desigualdades de género. Es recomendable se prioricen las áreas de pobreza urbana y los grupos sociales más desfavorecidos, dado que las condiciones de vida determinan en buena medida las posibilidades de cuidado y adopción de estilos saludables.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

El suministro de información sobre los determinantes sociales y de género de sobrepeso, obesidad y obesidad abdominal en áreas urbanas empobrecidas es de gran importancia para comprender cómo se configuran las desigualdades sociales en contextos sociales desfavorables. La consideración de esta evidencia en la definición de políticas públicas puede aportar al desarrollo de medidas más focalizadas y efectivas.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Específicamente, este estudio aporta evidencia local que demuestra que el exceso de peso está socialmente determinado, y que existen diferencias de género en su configuración. Esto pone de manifiesto la necesidad de que los profesionales de la salud que se desempeñen en el territorio local adquieran durante su formación de grado y posgrado herramientas para abordar una realidad sanitaria permeada por desigualdades sociales y de género. Dado que en el hospital donde se desarrolló la investigación cursan sus prácticas estudiantes de grado y de posgrado (residentes de Medicina familiar), resulta particularmente relevante que en su formación se incorpore un enfoque social y de género.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Resulta necesario desarrollar más trabajos científicos a fin de conocer la distribución de la malnutrición por exceso y sus determinantes en otros contextos urbanos. Esta investigación puede ser de utilidad para el estudio de las desigualdades sociales y de género en el exceso de peso en otros contextos de pobreza urbana de Argentina, teniendo en cuenta que aquí se aplicó y adaptó el instrumento

de encuesta aplicado en la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018). Además, en este estudio se agregaron indicadores de inequidad de género no contemplados en aquel instrumento, lo cual puede constituirse en una referencia para el desarrollo de futuros estudios que pretendan también considerar el rol de las disparidades de género en la distribución de indicadores de salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES: Todos los autores han efectuado una contribución sustancial a la concepción o el diseño del estudio o a la recolección, análisis o interpretación de los datos; han participado en la redacción del artículo o en la revisión crítica de su contenido intelectual; han aprobado la versión final del manuscrito; y son capaces de responder respecto de todos los aspectos del manuscrito de cara a asegurar que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todos sus contenidos han sido adecuadamente investigadas y resueltas.

Cómo citar este artículo: Peresini V, Tumas N, Acevedo GE. Determinantes sociales y de género del exceso de peso en la adultez en contextos de pobreza urbana en Córdoba, Argentina, 2019. *Rev Argent Salud Pública*. 2022;14:e77 . Publicación electrónica 19 de May 2022

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Kyu HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, *et al*. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 8 Feb 2022];392(10159):1859-1922. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30415748/>

² Mitchell S, Shaw D. The worldwide epidemic of female obesity. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2015;29(3):289-299. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.10.002. Publicación electrónica 16 Oct 2014. PMID: 25487257.

³ Jiwani SS, Carrillo-Larco RM, Hernandez-Vasquez A, Barrientos-Gutierrez T, Basto-Abreu A, Gutierrez L, *et al*. The shift of obesity burden by socioeconomic status between 1998 and 2017 in Latin America and the Caribbean: a cross-sectional series study. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019 [citado 8 Feb 2022];7(12):e1644-e1654. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30421-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30421-8)

⁴ Jaacks LM, Vandevijvere S, Pan A, McGowan CJ, Wallace C, Imamura F, *et al*. The obesity transition: stages of the global epidemic. *Lancet Diabetes Endocrinol* [Internet]. 2019 [citado 8 Feb 2022];7(3):231-240. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(19)30026-9)

⁵ Niessen LW, Mohan D, Akuoku JK, Mirelman AJ, Ahmed S, Koehlmoos TP, *et al*. Tackling socioeconomic inequalities and non-communicable diseases in low-income and middle-income countries under the Sustainable Development agenda. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado 8 Feb 2022];391(10134):2036-2046. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30482-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30482-3)

⁶ Di Cesare M, Bentham J, Stevens GA, Zhou B, Danaei G, Lu Y, *et al*. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: A pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet* [Internet]. 2016 [citado 8 Feb 2022];387(10026):1377-1396. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30054-X)

⁷ Ferrante D, Jorgensen N, Langsam M, Marchioni C, Torales S, Torres R. Inequalities in the distribution of cardiovascular disease risk factors in Argentina. A study from the 2005, 2009 and 2013 National Risk Factor Survey (NRF5). *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2016 [citado 8 Feb 2022];84:139-145. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/85804>

⁸ Tumas N, Rodriguez S, Bilal U, Ortigoza A, Diez Roux A. Urban social determinants of non-communicable diseases risk factors in Argentina [Internet]. *Health Place* [Internet]. 2021 [citado 8 Feb 2022];102611. Disponible en:

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102611>

⁹ Ross NA, Tremblay S, Khan S, Crouse D, Tremblay M, Berthelot JM. Body mass index in urban Canada: Neighborhood and metropolitan area effects. *Am J Public Health*. 2007;97(3):500-508. doi: 10.2105/AJPH.2004.060954.

¹⁰ Ministro de Salud. Boletín de Vigilancia de ECNT y factores de riesgo en la Provincia de Córdoba. Situación epidemiológica de la malnutrición por exceso en la Provincia de Córdoba [Internet]. Córdoba: Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles; 2019 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: https://www.cba.gov.ar/wp-content/uploads/2019/06/Informe_Vigilancia_SP-OB_Mayo-web-gob.pdf

¹¹ Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 [citado 8 Feb 2022];18(4):2-6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0213-91112004000400002

¹² De La Wgekn V, Sen G, Östlin P, George A. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente Por qué existe y cómo podemos cambiarla Informe final a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS Gita Sen y Piroška Östlin Equipo de redacción del informe. 2007.

¹³ Espelt A, Continente X, Domingo-Salvany A, Domínguez-Berjón MF, Fernández-Villa T, Monge S, *et al*. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit* [Internet]. 2016 [citado 8 Feb 2022];30:38-44. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301017>

¹⁴ Sociedad Argentina de Cardiología, Área de Normalizaciones y Consensos. Consenso de Prevención Cardiovascular. *Rev Argent Cardiol* [Internet]. 2012 [citado 8 Feb 2022];80(2). Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-de-Prevencion-Cardiovascular.pdf>

¹⁵ Janssen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference, and health risk: Evidence in support of current National Institutes of Health guidelines. *Arch Intern Med* [Internet]. 2002 [citado 8 Feb 2022];162(18):2074-2079. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12374515/>

¹⁶ Di Marco Entio MV, Posadas-Martínez L, Valenti LL. Guía de práctica clínica nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad [Internet]. Buenos Aires: MSAL; 2011 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento3.pdf>

¹⁷ Zapata ME. Prevalence of overweight, obesity, abdominal-obesity and short stature of adult population of Rosario, Argentina. *Nutr Hosp* [Internet]. 2016 [citado 8 Feb 2022];33(5):1149-1158. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27759984/>

¹⁸ Teachman J. Body Weight, Marital Status, and Changes in Marital Status. *J Fam Issues*. 2016;37(1):74-96. doi: 10.1177/0192513X13508404. Publicación electrónica 11 Nov 2013. PMID: 26778872; PMCID: PMC4714799.

¹⁹ Aballay LR. La obesidad en Córdoba: estudio de su prevalencia e identificación de factores de riesgo [tesis] [Internet]. Córdoba: UNC; 2012 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/714/ABALLAY.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁰ La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes. Documento preparado para la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe; 27-31 Ene 2020; Santiago [Internet]. Santiago: CEPAL; 2019 [citado 8 Feb 2022]. 224 p. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45032/S1900723_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y

²¹ Mazariegos M, Auchincloss AH, Braverman-Bronstein A, Kroker-Lobos MF, Ramirez-Zea M, Hessel P, *et al*. Educational inequalities in obesity: a multilevel analysis of survey data from cities in Latin America. *Public Health Nutr*. 2021;1-9. doi: 10.1017/S1368980021002457. Publicación electrónica. PMID: 34167613.

²² McLaren L, Godley J, MacNairn IAS. Social class, gender, and time use: implications for the social determinants of body weight? *Health Rep* [Internet]. 2009 [citado 8 Feb 2022];20(4):65-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20108607/>

²³ Aguirre P. Una visión antropológica sobre el impacto de la pobreza y la globalización en la emergente epidemia de obesidad [Internet]. Escobar: Fundación Temaiken; 2004 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: https://www.temaiken.org.ar/imagenes/archivos/2019-05/417-892802_62955f8b9d8a444ab7b2bc5722ed9d33.pdf

²⁴ Viego VN, Temporelli KL. Sobrepeso y obesidad en Argentina. Un análisis

basado en técnicas de econometría espacial. *Estudios de Economía Aplicada* [Internet]. 2011 [citado 8 Feb 2022];29(3). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3840916>

²⁵ Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* [Internet]. 2012 [citado 8 Feb 2022];70(1):3-21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22221213/>

²⁶ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2º Encuesta Nacional de Nutrición y Salud - Indicadores priorizados [Internet]. Buenos Aires: MSyDS; 2019 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/2deg-encuesta-nacional-de-nutricion-y-salud-indicadores-priorizados>

²⁷ Organización de las Naciones Unidas, Consejo de Derechos Humanos. Visita a la Argentina. Informe de la Relatora Especial sobre el derecho a la alimentación [Internet]. Buenos Aires: ONU; 2019 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/pdfid/5c65e2c84.pdf>

²⁸ Wagstaff A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2002 [citado 8 Feb 2022];80(2):97-105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11953787/>

²⁹ Batis C, Mazariegos M, Martorell R, Gil A, Rivera JA. Malnutrition in all its forms by wealth, education and ethnicity in Latin America: who are more affected? *Public Health Nutr* [Internet]. 2020 [citado 8 Feb 2022];23(S1):s1-s12. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/S136898001900466X>

30 Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Instituto Nacional de Estadística y Censos. 4º Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos [Internet]. Buenos Aires: MSyDS/INDEC; 2019 [citado 8 Feb 2022]. Disponible en: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.