

Doi:10.18004/rspp.2020.enero.23-31

ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Componentes biosociales y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 5 años del Bañado Sur de Asunción

Biosocial components and prevalent childhood diseases in children under 5 years from the Bañado Sur of Asunción

Escobar Raquel¹, Rodero Paloma², Merino Iván²

¹ Centro de Documentación y Estudios. Asunción, Paraguay.

² Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción", Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Dirección de Postgrado e Investigación, Asunción, Paraguay.

Autor Correspondiente: Raquel Escobar. **email:** raquelescobara@gmail.com

Editor responsable: Miriam Espínola-Canata

Cómo referenciar este artículo: Escobar R, Rodero P, Merino I. Componentes biosociales y enfermedades prevalentes de la infancia en menores de 5 años del Bañado Sur de Asunción. Rev. salud publica Parag. 2020; 10(1): 23-31

Recibido el 13/12/2019, aprobado para publicación el 03/02/2020

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades prevalentes de la infancia en condiciones adversas como la pobreza pueden ser graves o mortales. La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) aborda los determinantes sociales de la salud.

Objetivo: Conocer las enfermedades prevalentes y las condiciones ambientales de menores de 5 años del Bañado Sur aplicando AIEPI.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, transversal, muestreo no probabilístico por cuotas en 4 barrios del Bañado Sur, mediante visitas semanales a 23 hogares (2016-2017). Se interpretó y clasificó la condición de salud según AIEPI (rojo grave, amarillo moderada, verde buena). La participación fue voluntaria, considerándose recomendaciones éticas para investigaciones en contextos vulnerables. La muestra seleccionada no es representativa de toda la población de niños bañadenses.

Resultados: 42 menores de 5 años (26 niñas, 16 niños). 71% clasificó rojo y amarillo en simultáneo (por antecedentes y/o hallazgos). De 4 (<2 meses), 1 clasificó rojo y amarillo (diarrea con sangre); 1, amarillo (bajo peso,

problemas de alimentación, infecciones, anemia); 2, verde.

De 38 niños/as (>2 meses <de 5 años), 55% clasificó rojo y amarillo; 29%, amarillo; 16%, verde. De los rojos, 54% registró cuadros respiratorios graves; 21%, malnutrición y anemia; 10%, diarrea con deshidratación grave. Vigilancia del desarrollo: 1 clasificó rojo (hipoacusia, retraso del lenguaje); 5, amarillo por alerta (ausencia de habilidades para su edad); 36, amarillo por desarrollo normal con factores de riesgo como baja escolaridad de madres, violencia, ambiente contaminado, hacinamiento y pobreza. Ninguno clasificó verde en todas sus dimensiones. Factores protectores: cuidador/a estable, lactancia materna en los primeros años.

Conclusión: Las enfermedades prevalentes de la infancia en niños/as del Bañado Sur adquieren un carácter grave y a repetición; sus condiciones socioambientales son negativas.

Urge políticas públicas integrales y transectoriales, como la Atención Primaria de Salud. Se recomienda AIEPI en particular su componente comunitario.

Palabras clave: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, pobreza, determinantes sociales de la salud



ABSTRACT

Introduction: Prevalent childhood diseases in adverse conditions such as poverty can be serious or fatal. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) addresses the social determinants of health.

Objective: Know the prevalent diseases and environmental conditions of children under 5 years old from Bañado Sur applying IMCI.

Methodology: Observational, descriptive, cross-sectional study, non-probabilistic sampling by quotas in 4 neighborhoods of the Bañado Sur, through weekly visits to 23 households (2016-2017). The health condition was interpreted and classified according to IMCI (severe red, moderate yellow, good green). Participation was voluntary, considering ethical recommendations for research in vulnerable contexts. The selected sample is not representative of the entire population of children from the Bañado.

Results: 42 children under 5 years (26 girls, 16 boys). 71% classified red and yellow simultaneously (by background and/or findings). From 4 (<2 months), one classified red and yellow (bloody diarrhea); other, yellow (low weight,

nutrition problems, infections, anemia); two, green. Of 38 children (> 2 months <5 years) 55% classified red and yellow; 29% yellow; 16%, green. Of the red, 54% registered severe respiratory conditions; 21%, malnutrition and anemia; 10%, diarrhea with severe dehydration. Developmental surveillance: 1 classified red (hearing loss, language delay); 5, yellow per alert (absence of age skills); 36, yellow for normal development with risk factors such as low schooling of mothers, violence, polluted environment, overcrowding, and poverty. None of them classified green in all its dimensions. Protective factors: stable caregiver, breastfeeding in the first years.

Conclusion: The prevalent childhood diseases in children of the Bañado Sur acquire a serious and repetitive character; its socio-environmental conditions are negative. Comprehensive and cross-sector public policies are urgently needed, such as Primary Health Care. IMCI is particularly recommended in its community component.

Key Words: Integrated Care for Prevalent Diseases of Children, poverty, social determinants of health

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades prevalentes de la infancia son aquellas que se presentan habitualmente en los primeros años de vida (principalmente respiratorias y diarreicas), en su mayoría leves, que pueden desarrollarse en múltiples episodios reflejando la exposición del niño/a al ambiente en el que vive⁽¹⁾. Detectadas y tratadas a tiempo se resuelven sin llegar a ser una amenaza, aunque en condiciones adversas pueden convertirse en enfermedades graves e incluso provocar la muerte⁽²⁾.

Existe una tendencia a la disminución de la mortalidad en menores de 5 años (a nivel global, regional y nacional) por causas evitables gracias a intervenciones como la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), la vacunación, el suero oral, entre otras⁽³⁾. En Paraguay, la tasa de mortalidad en menores de 5 años por enfermedades prevalentes como las diarreicas y respiratorias disminuyó entre 2008 y 2017 de 19,7 a 10 por 10.000 nacidos vivos⁽⁴⁾⁽⁵⁾. A pesar de lo dicho, estas enfermedades siguen causando muertes en poblaciones que viven en circunstancias adversas y representan el 14% de las defunciones totales de menores de 5 años en la región de las Américas⁽³⁾.

La condición de pobreza es una de las circunstancias más significativas en aumentar los problemas de enfermedad y muerte en la infancia⁽¹⁾. Para abordar los determinantes sociales de la salud y disminuir la morbimortalidad en la infancia, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia han impulsado desde el año 1992 la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)⁽⁶⁾. AIEPI abarca componentes promocionales, preventivos y curativos para su aplicación tanto por las familias y comunidades como por los servicios sanitario⁽⁷⁾.

En Paraguay existe una infantilización de la pobreza pues mientras que un 28,8% de la población total vive en situación de pobreza, ésta afecta al 40% de la población menor de 10 años. Además, la pobreza se distribuye de manera diferente según los territorios. Este trabajo se realizó en el Bañado Sur, asentamiento urbano precario colindante al vertedero municipal de Asunción, que concentra los mayores porcentajes de hogares con necesidades básicas insatisfechas de la ciudad y de población infantil comparando con el resto de la capital⁽⁸⁾.

OBJETIVO

Conocer las enfermedades prevalentes y las condiciones ambientales de un grupo de niños y niñas menores de 5 años que viven en el Bañado Sur aplicando la estrategia AIEPI.

METODOLOGÍA

Este trabajo se desarrolló en el marco del proyecto de investigación Prociencia Conacyt Paraguay "Salud, enfermedad y Pobreza urbana" (14-INV-236). Se trata de un estudio de carácter observacional, descriptivo y transversal con un muestreo no probabilístico por cuotas. Fue realizado en cuatro barrios del Bañado Sur de Asunción entre agosto del año 2016 a agosto del año 2017, por una pediatra y dos antropólogos co-residentes en el territorio a través de visitas domiciliarias semanales.

La muestra incluye a 42 menores de 5 años provenientes de 23 hogares. La selección de los hogares se realizó por cuotas atendiendo a una composición heterogénea según características demográficas, habitacionales, socioeconómicas, socioambientales y clínicas en coordinación con las Unidades de Salud a la Familia (USF) de la zona.

Se incluyó en el estudio a aquel niño o niña menor de 5 años que estaba presente en su domicilio durante el momento de la visita y que contaba en la vivienda con registros antropométricos actualizados (de no más de quince días atrás), ya sea en su Libreta de Salud⁽⁹⁾ o en algún otro registro (cuaderno de alta hospitalaria, ficha social u otro).

Durante las visitas se realizó entrevistas a profundidad a las madres, revisión de los registros de salud encontrados y exámenes físicos someros a los niños/as. Con los datos obtenidos se interpretó y clasificó la condición de salud de cada niño o niña según AIEPI⁽¹⁰⁾.

AIEPI permite la clasificación y codificación en colores, de manera secuencial, de las condiciones durante el embarazo, el nacimiento, las enfermedades prevalentes y el desarrollo infantil. El rojo indica condiciones graves, urgentes y/o peligrosas; el color amarillo indica condiciones intermedias que permiten tratamientos médicos específicos ambulatorios con controles estrictos y consejería, y el color verde representa condiciones óptimas o fuera de peligro que habilitan cuidados en el hogar y asesoramiento⁽¹⁰⁾.

La recolección de datos se realizó mediante dos instrumentos: una ficha familiar y otra clínica pediátrica

individual. La ficha familiar se orientó a recabar información relacionada con la composición familiar y del hogar, características de la vivienda y el entorno, condición socioeconómicas y ambientales considerando el instrumento de verificación de riesgos y factores protectores del desarrollo infantil temprano del Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud⁽¹¹⁾.

La ficha individual pediátrica se orientó en base al "Cuadro de Procedimientos" y la "Guía para la atención de la salud integral de la niñez, adolescencia y madre embarazada. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo" de AIEPI⁽¹⁰⁾. Los datos recolectados fueron registrados en planilla Excel y analizados utilizando este programa mediante estadísticas descriptivas.

Este estudio cumplió con las recomendaciones éticas de las investigaciones en contextos vulnerables⁽¹²⁾, cuidando la confidencialidad, anonimización y respeto de su dignidad. La participación de las personas que permitieron y colaboraron con la realización del estudio fue voluntaria, con aceptación oral después de explicarle el propósito y metodología de la investigación. El consentimiento del niño/a fue otorgado por cada madre respectiva y además se tuvo en cuenta la voluntad y predisposición del niño/a buscándose el momento adecuado en cada caso.

RESULTADOS

Datos generales y socioambientales

En este estudio se incluyeron 42 niños y niñas menores de 5 años, 26 eran niñas y 16 eran niños. Siguiendo la clasificación AIEPI por franjas etarias: 4 eran menores de dos meses y 38 tenían entre 2 meses y menos de 5 años. De estos últimos, 18 eran lactantes (de 2 meses a menos de 2 años) y 20 eran preescolares (de entre 2 a 5 años).

En la **Tabla 1** se presentan las condiciones sociales, familiares, económicas y ambientales más significativas del grupo de estudio.

Enfermedades prevalentes de la infancia

Los resultados se agrupan y clasifican según AIEPI⁽¹⁰⁾ encontrándose que 71% de estos niños/as había presentado algún antecedente (durante su vida intrauterina o al nacer) o padecía alguna condición de riesgo o enfermedad prevalente de carácter grave **en simultáneo** con otra u otras condiciones de gravedad moderada.

Tabla 1: Condiciones sociales, familiares, económicas y ambientales más resaltantes de los/as 42 niños/as del estudio

Condición	SI	NO
	n (%)	n (%)
Madre adolescente	4 (9,5%)	38 (90,5%)
Consumo problemático de alcohol por cuidador/a principal o miembro de la familia	10 (23,8%)	32 (76,2%)
Consumo de sustancias psicoactivas ilícitas por algún miembro de la familia	9 (31,4%)	33 (78,6%)
Violencia intrafamiliar (física, psicológica)	15 (35,7%)	27 (64,3%)
Madre, padre o cuidador principal privado de libertad	2 (4,8%)	40 (95,2%)
Cuidador/a principal con menos de 8 años de escolaridad	23 (54,8%)	19 (45,2%)
Ningún integrante de la familia con educación primaria completa	16 (38,1%)	26 (61,9%)
Cesantía del/la jefe/a de hogar	0 (0%)	42 (100%)
Vivienda precaria (paredes de madera terciada y/o suelo de arena)	19 (45,2%)	23 (54,8%)
Problemas de provisión de agua	24 (57%)	18 (43%)
Hacinamiento del grupo familiar (más de 3 convivientes por dormitorio)	29 (69%)	13 (31%)
Cambio de domicilio (por motivo de la crecida del río Paraguay u otro)	33 (78,6%)	9 (21,4)
Familia con dificultad para el acceso a USF de referencia	17 (40,5%)	25 (59,5%)
Familia desvinculada de ayuda asistencial	29 (69%)	13 (31%)
Existencia de Centros culturales en su microterritorio	1 (2,4%)	41 (97,6)
Niños o niñas sin controles de salud al día	26 (61,9%)	16 (38,1%)
Niños o niñas en quienes no se puede constatar su estado de vacunación	14 (33,3%)	22 (52,4%)
Niños o niñas sin vacunas al día	6 (14,3%)	
Ausencia de un/a cuidador/a estable	0 (0%)	42 (100%)
Niño o niña víctima de maltrato (físico, psicológico) negligencia o abuso sexual	4 (9,5%)	38 (90,5%)
Evacuación de excretas en condiciones seguras	42 (100%)	0 (0%)
Con vivienda en malas condiciones (paredes, piso, luz, ventilación)	19 (45,2%)	23 (54,8%)
En contexto de hábitat contaminado	42 (100%)	0 (0%)
En contexto de microterritorio con tráfico de sustancias psicoactivas ilícitas	16 (38,1%)	26 (61,9%)
Antecedentes de padres o familiares de primer grado con trastornos mentales o trastornos del espectro autista. El trastorno mental encontrado fue depresión materna.	6 (14,3%)	36 (85,7%)
Situación de pobreza en el hogar (con menos de 664.297 guaraníes mensuales por persona, ~113 USD) ⁽¹³⁾	27(64,3%)	2 (4,7%)
Situación de extrema pobreza (con menos de 256.881 guaraníes mensuales por persona, ~44 USD) ⁽¹³⁾	13 (31%)	

Fuente: elaboración propia

Como puede observarse en la **Tabla 2**. Ni un niño o niña estaba exento de alguna condición que clasifique en rojo y/o en amarillo.

Tabla 2: Cuantificación y distribución de niños/as según gravedad de antecedentes, condiciones o afecciones identificadas. Total 42 niños y niñas

Gravedad identificada Total 42 niños/as	N° de niños/as	% de total
Rojo -Gravedad alta	30	71%
Rojo y amarillo - Gravedad alta o moderada	30	71%
Amarillo - Gravedad moderada	42	100%
Sólo amarillo - Gravedad moderada o leve	12	29%
Sólo verde - Gravedad leve	0	0%

Fuente: elaboración propia

Aunque algunos niños y niñas tuvieron condiciones fuera de riesgo o de enfermedad en ciertos aspectos, clasificándose como de color verde, tienen o tuvieron otras condiciones que sí eran de riesgo o de enfermedad y que clasificaban como rojo o amarillo, ya sea en un mismo momento de sus vidas como en diferentes momentos a repetición.

Considerando las condiciones durante el embarazo de los 42 niños/as clasificó como rojo y amarillo 36% de la población de estudio; como amarillo 45% y como verde 19%. Entre las clasificadas como rojo se destacan a la amenaza de parto prematuro en 12%, antecedentes de hijos prematuros 7%, antecedentes de abortos repetidos o muerte fetal o muerte neonatal temprana en 5%, hinchazón en cara, manos y piernas en 5%, entre otros. Entre las condiciones clasificadas como amarillo se destaca a la presencia de violencia (36%), periodos intergenésicos de menos de 2 años (21%), enfermedad periodontal (21%), infecciones urinarias (17%), anemia (19%), diabetes gestacional (12%), hipertensión arterial (12%) y madres adolescentes (12%) entre otras.

Entre las condiciones al nacimiento de los 42 niños/as el 31% clasificó como rojo (dificultad respiratoria en 12%; peso menos de 2 o más de 4 kilos en 7%; edad gestacional menor de 35 semanas en 5%; trauma obstétrico en 5%; entre otros); como amarillo clasificó el 45% (nacimiento por cesárea en 43%; peso entre 2 y 2,5 Kilos en 12%; edad gestacional entre 35 y 36 semanas en 12%; infección intrauterina por toxoplasmosis en 5% casos, entre otras) y como verde con bajo riesgo al nacer el 29%.

En cuanto a los antecedentes y/o hallazgos de posible infección bacteriana grave o local, problemas en la alimentación y bajo peso, diarrea y anemia en los 4 menores de 2 meses de edad del estudio; un caso clasificó como rojo y amarillo (diarrea con sangre y diarrea); otro clasificó como amarillo (por varios hallazgos en simultáneo tales como bajo peso para la edad por debajo de una desviación estándar, con problemas con la alimentación pues tenía menos de 6 meses y no recibía lactancia exclusiva, con infecciones locales y anemia) y dos clasificaron verde (con peso adecuado y lactancia exclusiva).

En cuanto a los antecedentes y/o hallazgos de cuadros respiratorios incluyendo estos a los de neumonía, gripe o influenza, fiebre, tos de más de 15 días, problemas en oído o garganta, diarrea, malnutrición y anemia en los 38 niños/as de más de 2 meses y menos de 5 años del estudio; 55% clasificó como rojo y amarillo; 29% como amarillo y 16% clasificó como verde. Del total de casos clasificados como rojo en esta franja etaria se debieron a cuadros respiratorios en el 54%; a cuadros de malnutrición y anemia en 21%; a cuadros diarreicos con deshidratación grave en el 10% de los casos y a cuadros febriles graves en 8%. Se destaca entre los cuadros respiratorios clasificados como rojos neumonías graves complicadas con derrame que requieren internaciones en terapia intensiva; cuadros probables de tuberculosis pulmonar activa y mastoiditis. Entre los cuadros clasificados como amarillos se destaca el carácter recurrente (en algunos niños casi constante) de cuadros bronquiales obstructivos y diarreas.

Se destaca que el 82% de la población de estudio recibió leche materna durante su primer año de vida (aunque en ocasiones no de manera exclusiva en los primeros meses) y que el 60% lo recibió de manera predominante durante sus primeros 6 meses de vida.

El 100% de los niños y niñas del estudio tenía test del piecito realizado. En cuanto a la inscripción en el registro civil, 15 (35%) estaban inscritos, 9 (21%) no lo estaban y en 18 (43%) no pudimos conocer su estado.

Clasificación del desarrollo

No encontramos micro ni macrocefalia en los 25 niños y niñas menores de 3 años en quienes medimos la circunferencia cefálica.

Aplicando el cuadro de procedimientos para la vigilancia del desarrollo, clasificamos como rojo a un niño con hipoacusia y retraso del lenguaje; como amarillo por alerta para el desarrollo a 5 niños/as que presentaban ausencia de una o más habilidades para su edad, y como amarillo por desarrollo normal con factores de riesgo a los restantes 36

niños y niñas. Al igual que en el apartado anterior sobre enfermedades, ni uno de estos niños o niñas se clasificó como de color verde en cuanto a las condiciones óptimas para su neurodesarrollo. El Gráfico 1 permite apreciar estos hallazgos.

Fuente: elaboración propia

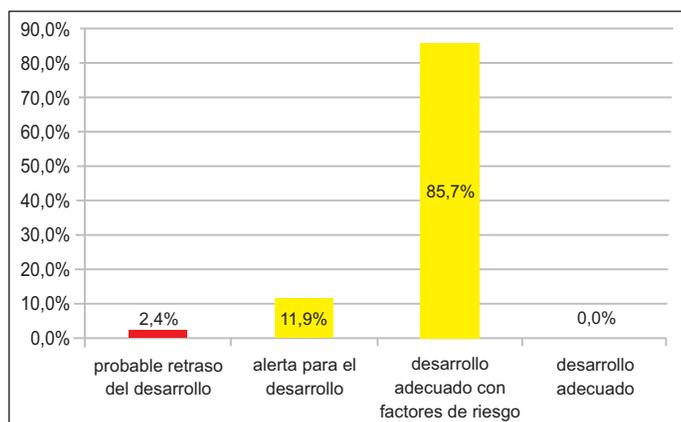


Gráfico 1: Clasificación del desarrollo de los 42 niños y niñas del estudio.

Los factores de riesgo encontrados en la población de estudio son tanto biológicos como socioambientales, los cuales han sido descritos más adelante. La totalidad de los niños y niñas del estudio presentaba más de un factor de riesgo ambiental. Entre los factores protectores se destaca la presencia de un cuidador/a estable en el 100% de los casos.

DISCUSIÓN

En el Bañado Sur viven alrededor de 31.000 personas, 14% de las cuales son menores de 5 años, es decir unos 4.300 niños y niñas⁽¹⁴⁾. La característica que identifica este territorio es que se ve afectado cíclicamente por inundaciones derivadas de crecidas del Río Paraguay, que en los últimos 5 años han sido extraordinarias. Esto impone una llamativa precariedad en las viviendas (que deben ser una y otra vez reconstruidas) y repetidas mudanzas que traen consigo pérdidas no sólo materiales sino también de rutinas, espacios y redes sociales, escuela, trabajo y demás. Los casos con tuberculosis pulmonar encontrados (que estaban siendo tratados por la USF) justamente se habían enfermado durante la estancia de la familia en uno de los refugios improvisados en la última inundación.

Otro aspecto característico de este territorio es su degradación ambiental. El Bañado asienta sobre áreas rellenadas con residuos de diferentes procedencias; además recibe las descargas de los desagües domiciliarios e

industriales del resto de la ciudad en sus arroyos colindantes los cuales se desbordan cíclicamente durante las tormentas (lo que hace que las aguas servidas inundan patios y hogares del barrio). La calidad del aire se ve comprometida por la quema de basura (incluidos los plásticos) como práctica habitual del 62% de los hogares entrevistados⁽¹⁴⁾ y por los gases tóxicos (como el metano, el monóxido de carbono, el dióxido de azufre entre otros) que habitualmente emite el vertedero de basura cercano debido a la degradación de sus componentes orgánicos por la acción de bacterias^(15,16). A ello se suma que al interior de las viviendas la mayoría utiliza braseros (72%) y en un tercio (32%) se tiene el hábito de fumar⁽¹⁴⁾. También la calidad del agua se ve comprometida (a pesar de ser la fuente de suministro la Empresa de Servicios Sanitarios del Paraguay) pues la provisión a las viviendas se hace a través de cañerías en mal estado que tienen problemas de baja presión, situación que presupone que el agua circundante pueda ingresar a las cañerías y contaminar el agua^(16,17).

Además, otro factor probable de contaminación del agua es la manera en cómo ésta se manipula al producir los alimentos, utilizarla para higiene o beberla. Derivado de la baja presión del agua, y de que muchas de las viviendas cuentan con una sola canilla, las familias se ven obligadas a recolectar agua en tambores desde donde van sacando con jarros, vasos o directamente con las manos. A todo ello, se suma un ambiente en el que las familias comparten, en un variado gradiente, espacios con animales y potenciales vectores de enfermedades (moscas, mosquitos, cucarachas, ratas, aves, animales de corral, entre otros) y sin conexiones a una red de alcantarillado o a sistemas sépticos para los desagües cloacales⁽¹⁴⁾.

Los niños pequeños son particularmente sensibles a ambientes contaminados por su inmadurez metabólica, su rápido crecimiento, la proporción del tóxico en relación a su peso corporal y los hábitos propios de los niños, que juegan y exploran su medio, que en este caso es un entorno donde pueden encontrarse metales tóxicos como el plomo o el mercurio, pesticidas y desechos industriales^(15,16,17). Los efectos del aire contaminado sobre la salud en particular del sistema respiratorio infantil son inmediatos y a largo plazo⁽¹⁸⁾ y el precario acceso a agua y saneamiento está asociado con un riesgo incrementado de infecciones y de desnutrición⁽¹⁹⁾.

En este escenario es comprensible haber encontrado que las enfermedades prevalentes de la infancia devengan en cuadros graves y a repetición. En efecto, hemos hallado una serie continuada de riesgos reales y potenciales que coexisten, se suman, se suceden e impactan en estos niños y niñas desde su vida intrauterina, al nacer y en sus

primeros años de vida. Estas condiciones adversas lo son tanto para su salud inmediata como para la del largo plazo ya que en estos primeros años de vida se establecen las estructuras orgánicas y anatómicas y se habilitan programaciones de largo alcance para los sistemas funcionales y metabólicos que regirán por el resto de la vida marcándose trayectorias de enfermedades a repetición y condiciones de riesgo y privación acumulados que van a ir afectando a los siguientes ciclos de vida^(20,21).

Habitualmente los niños pueden tener hasta 6 u 8 episodios de vías respiratorias altas cada año que se resuelven sin complicarse⁽¹⁸⁾. Según datos del subsistema de Servicios de salud del Área Ambulatoria, en el año 2017 el 80% de los nuevos casos diagnosticados en niños menores de 5 años en los centros de salud de Asunción dependientes del MSPBS se debió a enfermedades prevalentes de la infancia: respiratorias en un 65% y diarreicas en un 15%⁽²²⁾.

La población de estudio presenta enfermedades prevalentes propias de la infancia como cualquier otro niño o niña de Asunción, sin embargo, es el carácter de gravedad que adquieren estas enfermedades (diarrea crónica, malnutrición, neumonías complicadas y afecciones respiratorias graves) y otras presentes como la tuberculosis lo que dispara una llamada de atención en esta población.

Considerando la integralidad del niño no podemos dejar de observar que este ambiente degradado y precario atenta no sólo en su salud inmediata sino en el desarrollo de todo su potencial. Hemos encontrado indicadores alarmantes como el bajo nivel de estudios de las madres y familias, la violencia intrafamiliar, el hacinamiento en el 69% y la situación de pobreza en el 95% de los niños y niñas.

Cabe destacar no obstante la identificación de factores protectores entre los que resalta la estabilidad de la madre como cuidadora principal y su red social próxima en los primeros años de vida, así como la decisiva práctica de la lactancia materna en los primeros años de vida.

Finalmente es preciso señalar que hemos encontrado situaciones que pudieron prevenirse, tanto durante el embarazo como durante el nacimiento o después de nacidos, como por ejemplo enfermedad periodontal, infecciones urinarias, violencia, periodos intergenésicos cortos, anemia durante el embarazo o embarazos en adolescentes; altos porcentajes de cesárea, dificultad respiratoria al nacer, bajo peso y prematurez; muchos niños/as sin controles pediátricos al día, 12% no tenía vacunas al día y en 33% no se pudo constatar el estado de vacunación. Estos hallazgos ponen de manifiesto la

importancia que tienen las acciones promocionales y comunitarias por parte del personal de salud lo cual implica una fuerte apuesta a la APS. En el 40,5% de los casos las familias tenían dificultades de acceso a la USF de su territorio y en las entrevistas que hemos realizado a profundidad hemos hallado situaciones que denotan poco apoyo logístico a las USF presentes en el territorio del estudio, tales como equipos de salud incompletos, casi nula capacitación y actualización en los protocolos y guías vigentes, provisión deficitaria de insumos o problemas estructurales serios⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIÓN

Las amenazas a la salud de los niños y niñas que viven en el Bañado Sur se presentan desde la vida intrauterina, continúan durante y después del nacimiento y se manifiestan en enfermedades múltiples y a repetición que remiten al impacto sostenido de las condiciones socioambientales en las que viven. Lo que a su vez pone en evidencia la urgente necesidad del fortalecimiento y la implementación efectiva de políticas públicas integrales y transectoriales en la protección en salud a la infancia desde el ámbito nacional y municipal. En esta línea, la implementación cierta y sostenida de AIEPI en todas sus dimensiones, en particular el componente comunitario, puede ser una herramienta pertinente para el personal de salud y las familias en los cuidados a la salud infantil.

En cuanto a las limitaciones del presente estudio cabe señalar que la muestra seleccionada no es representativa de todos los niños y niñas menores de cinco años del Bañado Sur por las características del proyecto en el cual se enmarca este trabajo. El tamaño de la población estudiada es pequeño lo que impide inferencias estadísticas, no obstante, es de esperar que la mayoría de los menores de 5 años del Bañado Sur estén en circunstancias similares a las de la población de estudio.

Por otra parte, la presencia de lluvias y el estado de accesibilidad a las viviendas condicionaron en algunas visitas los tiempos dedicados a las mismas. Además, la falta de espacio físico y de condiciones básicas en las viviendas (como por ejemplo no contar siempre con superficies firmes y estables para medir, explorar, palpar) o la falta de privacidad impidieron exámenes físicos exhaustivos.

Otra limitación del estudio es que no agota todas las posibles enfermedades que esta población padece pues la herramienta utilizada no está diseñada para hacer diagnósticos (por ejemplo, en este trabajo no se consignan las enfermedades parasitarias, de la piel u odontológicas que hemos detectado).

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Fuente de financiación: El trabajo de investigación fue realizado en el marco del proyecto Prociencia Conacyt Paraguay "Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción" (14-INV-236) desde el Centro de Documentación y Estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). [Internet]. [citado 22 de julio de 2019]; Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
- Organización Panamericana de la Salud. Estado de salud de la población. La salud de la niñez. 2015. Fuente: 2015 UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. [Internet]. [citado 22 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/mortality/child-mortality-report-2015.asp>
- Organización Mundial de la Salud. Salud del niño. Reducción de la mortalidad en la niñez. Datos y cifras. 2018. [Internet]. [citado 25 de mayo 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de Salud 2010. [Internet]. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2017/04/IBS-Paraguay-2010.pdf>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social/Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos de Salud. Asunción. 2018. [Internet]. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2012/01/INDICADORES-BASICOS-DE-SALUD-IBS-2018.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, del recién nacido, del niño y del adolescente. Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) . [Internet]. [citado el 22 de julio de 2019]; Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/es/
- Organización Mundial de la Salud (sin fecha). Salud del niño. [Internet]. [citado el 26 de mayo 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdrmore&cid=9505&item=salud-nino&cat=scientific_technical&type=atencion-integrada-a-enfermedades-prevalentes-infancia-aipei-9505&Itemid=40881&lang=es
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC) Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): una aproximación a la pobreza estructural, 2012. Fernando de la Mora: DGEEC. 2016.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia. Libreta de salud del niño y la niña. Asunción; [Internet], [citado el 10 de enero de 2019]. Disponible en: <https://dircina.webnode.es/products/libreta%20de%20salud%20del%20ni%C3%B1o%20y%20la%20ni%C3%B1a/>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia. Cuadro de procedimientos de la Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Asunción. 2013.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa de Desarrollo Infantil Temprano (DIT). Manual de vigilancia del desarrollo integral del niño y niña menor de 5 años para profesionales de la salud. Asunción. 2016.
- Del Olmo, M. Dilemas éticos de la antropología. Las entretelas del trabajo etnográfico. Madrid: Trotta. 2010.
- DGEEC. Principales Resultados de Pobreza y Distribución de Ingreso. Fernando de la Mora (Paraguay). 2018.
- Rodero P, Merino I. Procesos de salud, enfermedad y atención en las familias de la periferia sur de Asunción. Miradas desde la antropología de la salud urbana. Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción. Centro de Documentación y Estudios. Conacyt Paraguay. 2018.

15. Organización Mundial de la Salud. ¿La herencia de un mundo sostenible? Atlas sobre salud infantil y medio ambiente. Ginebra OMS. 2018.
16. Curutchet G, Grinberg S, Gutiérrez R. Degradación ambiental y periferia urbana: un estudio transdisciplinario sobre la contaminación en la región metropolitana de Buenos Aires. *Ambiente. soc.* 2012;15(2):173-194.
17. Creel L. Efectos del medio ambiente en la salud infantil: riesgos y soluciones. *Population Reference Bureau.* . 2002. [Internet]. [citado el 10 de enero de 2019]. Disponible en : https://www.prb.org/wpcontent/uploads/2002/07/EfectosDelMedioAmbiente_Sp.pdf
18. Praena Crespo, M. Factores ambientales y patología respiratoria del niño. *Pediatr Integral.* 2016; XX (2):103-108
19. Bruno S, Osorio A, Sanabria M, Sánchez S. Análisis de la situación nutricional de los niños menores de cinco años en Paraguay a partir de la encuesta de ingresos y gastos y de condiciones de vida 2011-2012. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2014.
20. Uauy R, Carmuega E, Barker D. Impacto del crecimiento y desarrollo temprano sobre la salud y bienestar de la población. *Perspectivas y reflexiones desde el Cono Sur.* Buenos Aires: Instituto Danone del Cono Sur. 2009.
21. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Construyendo la salud en el curso de vida.* 2018. [Internet]. [citado el 22 de julio de 2019]; Disponible en: <http://paginas.facmed.unam.mx/deptos/sp/wp-content/uploads/2013/12/CursoDeVida.pdf>
22. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Gabinete. Unidad de acceso a la información y transparencia administrativa. Dirección General de Información Estratégica en Salud. Sub-Sistema de Información de Servicios de Salud Área Ambulatoria. Asunción. 2018.