

El nivel de salud en menores de 6 años de la Comuna 20 de Santiago de Cali (2014)*

The health level in children under 6 years Commune 20 Santiago de Cali (2014)

Lina María García Zapata 1

RESUMEN

Antecedentes: en la Comuna 20 de Santiago de Cali se pretende desarrollar una serie de proyectos con miras a reducir los índices de morbimortalidad de la población infantil. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal con una muestra aleatoria representativa de 114 niños que permitiera conocer la situación de salud de los niños menores de 6 años antes de realizar las intervenciones de un proyecto de Atención Primaria en Salud. **Resultados:** el 65% de los 114 niños seccionados corresponden a niños de 3 y 4 años, 81.65 son mestizos y el 51% viven en familias nucleares. La prevalencia de lesiones de caries iniciales y cavitadas según los criterios de ICDAS fue de 67.54% (IC 58,8%-76, 27%), la proporción de niños sanos fue de 32,45%; en cuanto a la EDA las niñas presentaron mas diarreas y el 33% de ellos niños presentaron sobre peso. **Conclusiones:** Las condiciones de salud identificados en esta línea de base para la población menor de 5 años son coincidentes con los datos reportados para la población infantil de Cali.

PALABRAS CLAVE:

Salud del niño, caries dental, enfermedad diarreica infecciosa, infección respiratoria, estado nutricional.

ABSTRACT

Background: A series of projects aimed to reducing morbidity and mortality rates on children below 6 years old, in Commune 20 of Cali, Colombia. **Material and methods:** A cross-sectional study based on a random sample of 114 children less than six years old, were examined before Primary Health Care interventions were applied. **Results:** 65% of the children ages were between 3 and 4 years old, 81.65 are mestizos and 51% live in nuclear families. The prevalence of initial carious lesions and cavitated as ICDAS criteria was 67.54% (95%CI 58.8-76, 27%), the proportion of healthy children was 32.45%, and 33% of the children were overweight. **Conclusions:** The baseline health conditions in this population are consistent with health situation analysis for the paediatric population of Cali.

KEY WORDS:

Child Health, Dental caries, infectious diarrheal disease, respiratory tract infect, nutritional status.

* Artículo de investigación e innovación resultado de proceso de *investigación*.

1 Odontóloga. Magister en Epidemiología. Docente Universidad del Valle. Dirección postal: Calle 3b No. 36-00 Edificio 132 Escuela de Odontología, Santiago de Cali, Colombia. Correo electrónico: lina.garcia.z@correounivalle.edu.co

Citación sugerida

García LM. El nivel de salud en menores de 6 años de la Comuna 20 de Santiago de Cali (2014). *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 81-90. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	2 de marzo de 2015
Aprobado	20 de junio de 2015
Publicado	30 de junio de 2015

Introducción

Durante el desarrollo de los seres humanos los primeros años de vida son determinantes para sentar las bases de la salud durante el curso de la vida. La mala calidad del desempeño emocional, social y físico de los niños y niñas aumentan la vulnerabilidad física, emocional y cognoscitiva en años posteriores (1).

Un componente de la salud integral de los niños es la salud bucal, por esto durante el año 2011 Colombia se vinculó al proyecto "Alianza Global por un Futuro Libre de Caries" (ACFF), que agencian líderes y dirigentes mundiales de la Odontología y la Salud Pública, mediante alianzas estratégicas con instituciones de diferente índole (académicas, profesionales, gremiales, gubernamentales, comunitarias, públicas y privadas, entre otras), para promover medidas integradas de salud pública y académicas, que permitan reconocer la relevancia de la caries como enfermedad prevalente y su impacto en salud bucal y sistémica (2).

Para lograr esto la ACFF en Colombia, a través del frente comunitario, busca involucrar a las personas, familia y comunidades con un modelo interdisciplinario, transdisciplinario, intersectorial y sustentable que pueda replicarse en diferentes contextos, teniendo como horizonte programático el año 2026. Se escogieron 4 sitios como referente para el trabajo; uno de ellos *La comuna 20* en la ciudad de Cali, debido a ser considerado un sitio emblemático de la ciudad con población en condiciones socioeconómicas características de la población pobre de la ciudad y con necesidades en salud que el proyecto puede solucionar con el modelo a implementar.

El primer paso para el desarrollo del proyecto fue levantar una línea de base que caracterizara la situación de los niños menores de 6 años, mediante el empleo de diferentes indicadores que permitieran definir el nivel de salud de esta población antes de realizar las intervenciones. El objetivo de este artículo es presentar la situación de la población menor de 6 años de la Comunidad 20 de Santiago de Cali levantada a través de indicadores trazadores para caries dental, Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Infección Respiratoria Aguda (IRA) y condiciones de talla y peso para la Edad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se trabajó en la Comuna 20 de Santiago de Cali, localizada al occidente de la ciudad, en el piedemonte de la Cordillera Occidental, parte baja del Cerro los Cristales, en la zona de ladera conocida como Piedemonte de Siloé. A través de muestreo aleatorio simple, con una confiabilidad del 95%, una prevalencia esperada en la población del 50%, error de estimación aproximado del 10% y un ajuste del 15% por no respuesta se estimó una muestra de 114 niños. Se seleccionó la muestra de la Institución Educativa mas representativa de la comuna, el Hogar infantil Lleras Camargo, se seleccionaron los niños por medio de los listados proporcionados por las directivas por cada salón de un total de 500 niños aproximadamente.

Se aplicó una encuesta dirigida a los padres donde los factores y las variables respuesta se recolectaron simultáneamente, se indagaron aspectos de salud y de crecimiento y desarrollo de niños y niñas entre 0 a 5 años y 11 meses de edad, que incluyó la morbilidad en los 15 días previos a la realización de la entrevista, acceso a servicios de promoción y prevención y estado nutricional. Se identificaron antecedentes perinatales, antecedentes de importancia incluyendo episodios de IRA, EDA cuadros febriles mayores a cinco días, patológicos, traumáticos, farmacológicos, familiares y

se realizó examen odontológico (por 2 odontopediatras previamente calibradas) y medidas de talla y peso (por enfermera profesional).

Análisis estadístico

Se realizó un análisis exploratorio para observar la distribución de las variables, detectar valores extremos y problemas numéricos que pudieran afectar la estimación de los estadísticos. Análisis bivariado, considerando a la Caries, EDA e IRA y el estado nutricional como variables de respuesta teniendo en cuenta el número de caries y los episodios de EDA, IRA como variables continuas y las demás como variables exploratorias o independientes. Se evaluó la presencia del azar como una posible explicación de la asociación entre variables, con un nivel de significancia del 5%.

Análisis multivariado mediante un análisis Stepwise, utilizando como criterio para ingresar al modelo un nivel alfa igual a 0.20 y un criterio para permanecer en el modelo igual a 0.10. Utilizando las variables detectadas por el procedimiento anterior e incluyendo algunas otras variables de importancia de salud pública, se corrió un modelo de Regresión Lineal Múltiple (ARLM).

Aquellas variables que mostraron un nivel de significancia inferior al 5%, fueron consideradas importantes en la explicación de la varianza de la variable respuesta examinada en su respectivo modelo. El análisis se realizó utilizando el paquete SASR versión 9.3, SPSS Versión 22, y Stata.

Resultados

De los 114 niños seleccionados, los niños de 3 y 4 años de edad contribuyeron con 33 y 32%, respectivamente. el 4% eran niños de 1 año, 15% de 2 años y 18% de 5 años. Según la raza/etnia reportada, el 81.6% eran niños mestizos y el 18.4% con otra pertenencia étnico-racial (7 indígenas, 9 mulatos y 5 afrodescendientes); el 51% viven en familias nucleares y 36% en familias monoparentales; según régimen de afiliación a salud, el 50% estaba afiliado al régimen contributivo, 48% al régimen subsidiado y 2% no estaban afiliados al sistema de Salud (ver tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los niños menores de 6 años de la Comuna 20 por edad, etnia, caries, tipo de familia, EDA, IRA, afiliación y SISBEN según sexo. Cali, Colombia, 2014.

VARIABLE	- (%)	- (%)	TOTAL (%)
EDAD (años)			
1	3 (4.6)	2(4.1)	5 (4.4)
2	6(9.3)	12(24.5)	18 (15.8)
3	22 (33.8)	16(32.7)	38 (33.3)
4	21 (32.3)	11 (22.4)	32 (28)
5	13 (20.0)	8 (16.3)	21 (18.5)
ETNIA			
Mestizo	53 (81.6)	40 (81.7)	93 (81.6)
Otras etnias	12 (18.4)	9 (18.3)	21 (18.4)

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Distribución de los niños menores de 6 años de la Comuna 20 por edad, etnia, caries, tipo de familia, EDA, IRA, afiliación y SISBEN según sexo. Cali, Colombia, 2014.

VARIABLE	- (%)	- (%)	TOTAL (%)
CARIES			
NO	19 (29.2)	18 (36.8)	37 (32.5)
SI	46 (70.8)	31 (63.2)	77 (67.5)
INGRESO MENSUAL (según el Salario mínimo mensual vigente –SMMV)			
Menos de 1 SMMV	31(47.7)	16(32.7)	47(41.2)
De 1-2 SMMV	27(41.5)	24(49.0)	51(44.7)
Más de 2 SMMV	3(4.6)	6(12.2)	9(7.9)
Sin dato	4(6.2)	3(6.1)	7(6.2)
TIPO DE FAMILIA			
Nuclear	34 (52.3)	25 (51.0)	59 (51.8)
Monoparental	24 (36.9)	17 (34.7)	41 (36.0)
Otros tipos de familia	7 (10.8)	7 (14.3)	14 (12.2)
EDA (episodios)			
Ninguno	38 (58.4)	19(38.8)	57 (50.0)
1-3	26 (40.0))	27 (55.1)	53 (46.5)
4-8	1 (1.6)	3 (6.1)	4 (3.5)
IRA (episodios)			
Ninguno	19 (29.2)	9 (18.3)	28 (24.6)
1-3	37 (56.9)	32 (65.3)	69 (60.1)
4-6	9 (13.9)	17 (34.7)	26 (22.8)
AFILIACIÓN			
Pobre no asegurado	1 (1.5)	1 (2.0)	2 (1.8)
Subsidiado	33 (50.8)	22 (44.9)	55 (48.2)
Contributivo	31 (47.7)	26 (53.1)	57 (50.0)
SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales)			
0	27 (41.6)	21 (42.9)	48 (42.1)
1	26 (40.0)	20 (40.8)	46 (40.4)
2	11 (16.9)	7 (14.3)	18 (15.8)
3	1 (1.54)	1 (2.0)	2 (1.7)
BARRIOS			
Lleras Camargo	17(26.1)	8(17.4)	24(21.1)
Siloé	9(13.8)	12(24.4)	23(20.2)
Brisas de Mayo	4(6.1)	10(20.0)	15(13.2)
Belén	2(3.0)	1(2.0)	3(2.6)
Pueblo Joven	3(4.6)	1(2.0)	4(3.5)
Cañaveralejo	1(1.5)	1(2.0)	2(1.8)
El Cortijo	15(23.1)	6(12.1)	20(17.5)
Tierra Blanca	4(6.1)	3(6.1)	7(6.1)
Belisario Caicedo	3(4.6)	1(2.0)	4(3.5)
Prados del Sur	0(0.0)	1(2.0)	1(0.9)

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Distribución de los niños menores de 6 años de la Comuna 20 por edad, etnia, caries, tipo de familia, EDA, IRA, afiliación y SISBEN según sexo. Cali, Colombia, 2014.

VARIABLE	- (%)	- (%)	TOTAL (%)
La Sultana	1(1.5)	1(2.0)	2(1.8)
Venezuela	2(3.0)	0(0.0)	1(0.9)
Villa Catalina	0(0.0)	1(2.0)	1(0.9)
La Sirena	2(3.0)	1(2.0)	4(3.5)
Zona Rural	2(3.0)	1(2.0)	3(2.6)
TOTAL	65 (100)	49 (100)	114 (100)

Fuente: elaboración propia

Caries dental

La prevalencia de lesiones de caries iniciales y cavidades según los criterios de ICDAS fue de 67.54% (IC95%, 58,8–76,27), la proporción de niños sin caries fue de 32,45%. Esta prevalencia disminuyó a 43,85% (IC95%, 34,61–53,10) cuando se tomaron como cariados solo lesiones micro cavitadas y cavitadas (lesión 3 a 6 ICDAS) y el porcentaje de sanos aumentó a 56,14% (ver tabla 2).

Tabla 2. Relación de caries dental con Clasificación ICDAS comparando lesiones microcavitadas y cavitadas, población de 0-5 años. Comuna 20 de Cali, 2014.

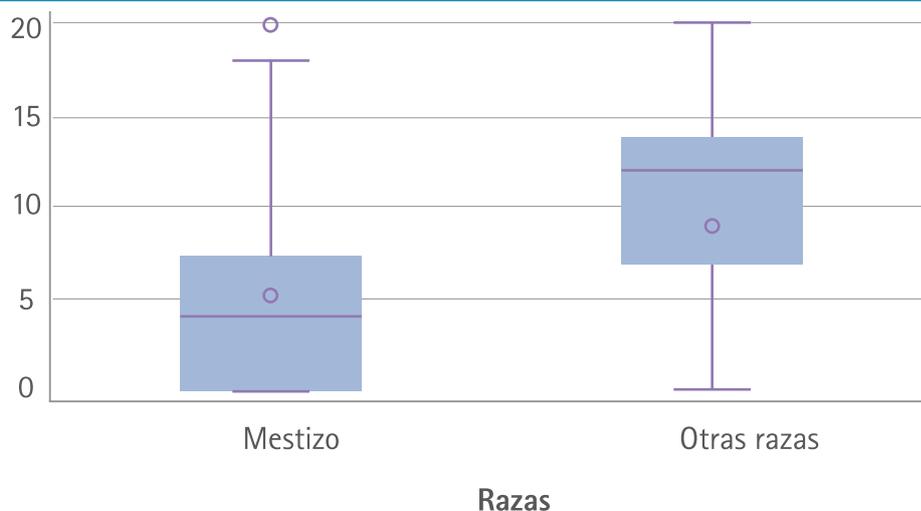
Referencia para caries	Prevalencia	Sanos
ICDAS 1-6	(n=77) 67.54% (IC95%, 58,8–76,2)	(n=37) 32,45% (IC95%, 23,7- 41,1)
ICDAS 3-6	43,85% (IC95%, 34,61–53,10)	56,14% (IC95%, 46,8-65,3)

Fuente: elaboración propia

El índice ceo-d (promedio de dientes cariados, obturados y extraídos) para los niños evaluados fue de 6 con una desviación estándar de 6 (coe-d de 7 en hombres y 5 en mujeres) teniendo en cuenta todos los grados de ICDAS. En el análisis multivariado se encontró que pertenecer a la raza/etnia afrodescendiente e indígena, esta positivamente relacionado con el incremento de la caries y estas dos razas/etnias explican el 15.5% de la ocurrencia de esta patología (ver gráfica 1).

La frecuencia de la Caries es, significativamente mayor en los niños y en el grupo de 3 años ($\chi^2=30.3$, $gl=2$, $p<0.0001$). En general los niños tienen una frecuencia de Caries, significativamente, mayor, en cualquier nivel del SISBEN, excepto en el nivel 3 ($\chi^2=31.3$, $gl=3$, $p<0.0001$). La frecuencia de la Caries disminuye a medida que aumenta el grado o nivel del SISBEN, aunque no es estadísticamente significativo.

Gráfica 1. Distribución de la Caries, según raza. Comuna 20 Cali, Colombia, 2014.

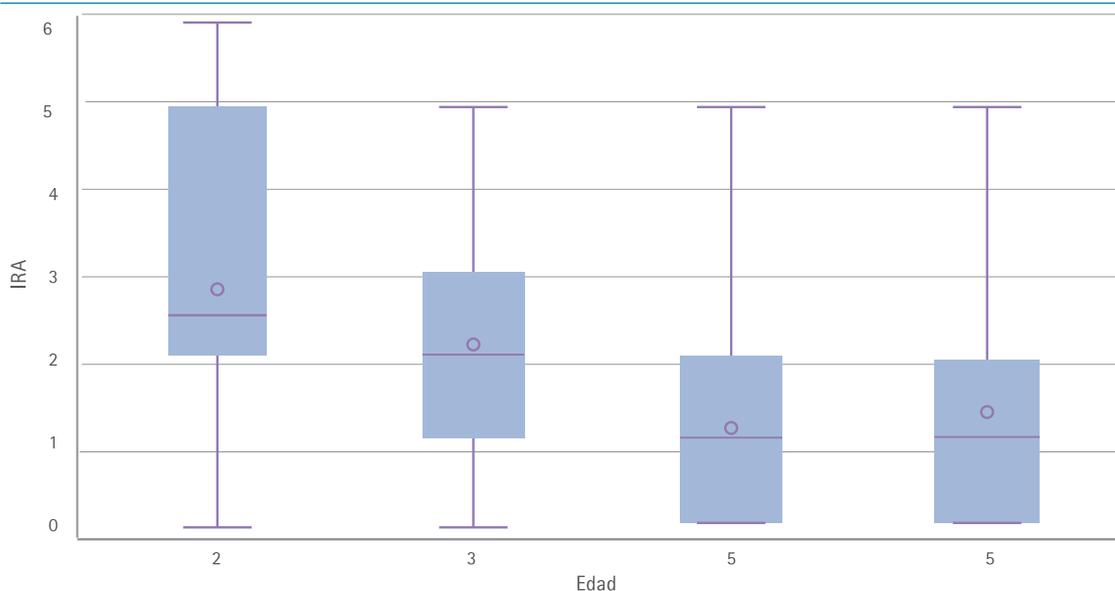


Fuente: elaboración propia

Infección Respiratoria Aguda (IRA)

De los 114 niños seleccionados el 24.6% no tuvo episodios de IRA en los últimos 5 días, el 60.1% presentó de 1 a 3 episodios y el 22.8% más de 4 episodios. La Edad explica el 14.7% de la IRA (ver gráfica 2). Los niños residentes en viviendas arrendadas tienen una frecuencia de IRA significativamente mayor ($\text{Chi}^2=12.6$, $\text{gl}=2$, $p=0.0019$). Los niños mestizos, residentes en viviendas arrendadas tienen una frecuencia de IRA significativamente mayor ($\text{Chi}^2=9.9$, $\text{gl}=2$, $p=0.007$).

Gráfica 2. Distribución de IRA según la edad con análisis de varianza para los niños menores de 6 años. Comuna 20 Cali, Colombia, 2014



Fuente: elaboración propia

Enfermedad Diarreica Aguda

De los 114 niños seleccionados el 50% no tuvo episodios de EDA en los últimos 5 días, el 46.5% presentó de 1 a 3 episodios y el 3.5% más de 4 episodios. Las niñas tienen una media significativamente mayor de EDA ($t = -2.36$, $gl = 75.6$, varianzas no homogéneas, $p = 0.021$). Media en niños 0.68 ($n = 62$), media en niñas 1.30 ($n = 47$). Los niños residentes en viviendas arrendadas tienen una frecuencia de EDA, significativamente mayor ($\chi^2 = 6.92$, $gl = 2$, $p = 0.032$). En el análisis multivariado la variable sexo resultó estadísticamente significativa, con Coeficiente de Determinación, $R^2 = 8.9\%$.

Análisis Nutricional

Representada en tres indicadores (T/E, P/E, P/T), con referencia en los patrones OMS, la prevalencia de la desnutrición crónica fue de 2,8%, 10.4 puntos porcentuales por debajo de la prevalencia nacional (13.2%), según encuesta ENSIN 2010, para menores de 5 años (ver tabla 3). En términos generales los niños y niñas de la comuna 20 de Cali, muestran un patrón similar al Nacional, 1 de cada 3 niños o niñas se encuentra en sobrepeso. Acorde con la transición epidemiológica nutricional afrontada en nuestro país, los niños y niñas se mueven rápidamente de la desnutrición al riesgo de sobrepeso u obesidad.

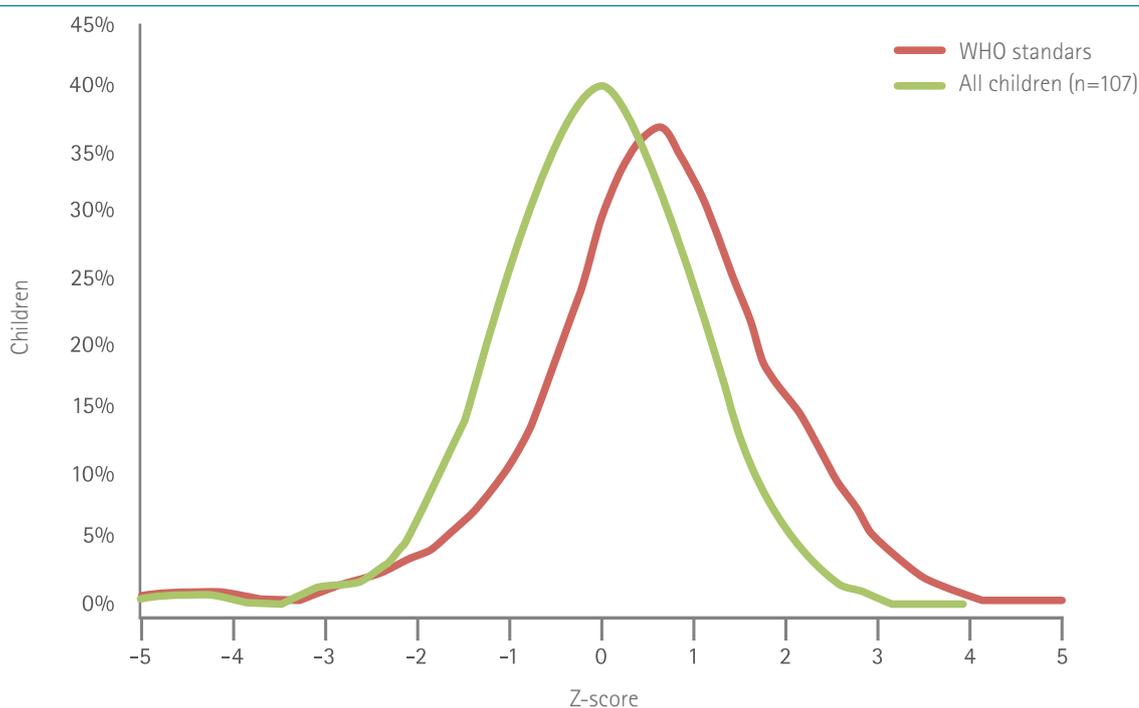
Tabla 3. Prevalencia de desnutrición distribuida por género en menores de 6 años de la Comuna 20 de Cali, Colombia, 2014.

Indicador	Prevalencia de DNT distribuidos por género año 2014	
	Hombre	Mujer
	% Prevalencia DNT clásica	% Prevalencia DNT clásica
Talla para la edad	3,3%	0%
Peso para la edad	1,6%	2,2%
Peso para la talla	4,9%	0%

Fuente: elaboración propia

El indicador de peso para la talla orienta sobre el crecimiento y relaciona el peso con longitud (para niños menores de 2 años) o con talla (para niños de 2 o más años de edad); llamado también de Indicador Desnutrición Aguda, muestra además el bajo peso para la talla (P/T) sin tener en cuenta la edad. Este indicador permite valorar el actual estado nutricional. Un déficit en este podría deberse a los efectos de una inadecuada alimentación o presencia de enfermedades infectocontagiosas en corto tiempo. Este déficit puede subsanarse con intervenciones oportunas y rápidas que permitan recuperar el peso perdido. Un exceso en este indicador reflejaría la presencia de sobrepeso y obesidad (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución antropométrica de peso/talla para la población menor de 6 años de la Comuna 20 de Cali, Colombia, 2014.



Fuente: elaboración propia

Discusión

La población relacionada en este artículo corresponde a niños de condiciones socioeconómicas caracterizadas por altos niveles de pobreza, esto se refleja en la alta pertenencia a los estratos 1 y 2 que en Colombia representan la escala económica inferior (3). Según el criterio diagnóstico de ICDAS el 67.55% los niños del estudio tenían prevalencia de caries similar a la reportada por otros estudios hechos en Colombia (4-6). En poblaciones de Brasil y España, con edades similares pero condiciones sociales diferentes, se reportan prevalencias menores a las reportadas en este estudio, 41.6% y 37% respectivamente (7,8).

Las diferencias reportadas en este estudio con respecto a la caries dental asociada con la raza y etnia pueden explicarse por medio de las brechas sociales que representan estas dos variables en los determinantes sociales de la salud como lo plantea la OMS (1).

Dentro de las primeras cinco causas de consultas médicas reportadas en la Red Pública, para el año 2013, se encontró que el 19.3% están relacionadas con las IRA y el 8% con las diarreas, situación que concuerda con los hallazgos de esta investigación. Se deben continuar desarrollando intervenciones que disminuyan el riesgo de contraer EDA como acceso a agua potable, a saneamiento básico, higiene en el hogar, lavado de manos, apoyo a lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, educación sobre la transmisión de la enfermedad y vacunación contra el rotavirus temas objeto de la Atención Primaria en Salud (9-13). Se identificaron diferencias en el

análisis multivariado para las EDA en niñas situación que amerita mayor investigación para identificar las causas.

En cuanto a la situación nutricional en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, reportó para Cali que la desnutrición crónica (-2 desviaciones estándar) en menores de cinco años era de 5.3. En el 2013 el Sistema de Vigilancia Nutricional –SISVAN–, de la red pública de Cali, registró un porcentaje de 7.2 para los niños menores de cinco años, 5% para las niñas en ese mismo grupo de edad y 4.7% para los adolescentes (14). En esta línea de base la tendencia fue a encontrar niños con baja talla y más peso en relación con su edad, esto ratifica la importancia de trabajar en estrategias de alimentación saludable para prevenir el sobrepeso y la obesidad infantil (15). Al ser niños institucionalizados tienen el beneficio de recibir alimentación 3 veces al día, la presencia del problema de sobrepeso en comunidades en las que aun persiste la desnutrición crónica se convierte en un reto para la salud pública y las políticas trazadas para definir el tipo de alimentos que se suministran en estas Instituciones (16,17)

Este estudio es un soporte para el seguimiento que se realizará con el modelo de abordaje integral en la Comuna 20 de Cali y verificar su efecto en la salud de los niños de esta importante localidad, misma que será sujeto de seguimiento y monitoreo para dar cuenta del comportamiento de estos indicadores trazadores de las acciones en salud dirigidas a la primera infancia.

La Política Pública para la población infantil de la Ciudad de Cali requiere incluir el componente de salud bucal como parte de la salud integral del menor de 5 años (18-20). De igual manera establecer una articulación de los servicios ofrecidos a la población menor de 6 años que permita realizar el abordaje integral (que involucre el componente de salud bucal) e integrando los programas tradicionales con las acciones de los equipos extramurales de salud.

Referencias bibliográficas

1. **OMS/OPS.** Cerrando La brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Brasil: Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud; 2011.
2. **Documento Marco Alianza Global por un Futuro Libre de caries.** Capítulo Colombia. 2011.
3. **Colombia – Congreso de Colombia.** Ley 142 de 1994 por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 41.433 del 11 de julio de 1994.
4. **Saldarriaga A, Arango CM, Cossio M.** Dental caries in the primary dentition of a Colombian population according to the ICDAS criteria. *Braz Oral Res* 2010; 24(2): 211-6.
5. **González-Martínez F, Sánchez-Pedraza R, Carmona-Arango L.** Indicadores de riesgo para la caries dental en niños preescolares de la Boquilla, Cartagena. *Rev Salud Pública* 2009; 11(4): 620-30.
6. **Colombia – Ministerio de Salud.** IV Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV. 2015.

7. Santos APP, Soviero VM. Caries prevalence and risk factors among children aged 0 to 36 months. *Pesqui Odontol Bras* 2002; 16(3): 203-208
8. Mora L, Martínez J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. *Atención Primaria (España)* 2000; 26(6): 398-404
9. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. Diagnóstico situacional de infancia y adolescencia municipio de Cali documento de trabajo elaborado por el Grupo de Salud Pública y Epidemiología. Santiago de Cali: 2014.
10. Colombia - Ministerio de Protección Social. Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial 47957 de enero 19 de 2011.
11. Roses M. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 2007; 21(2/3): 65- 68.
12. Rubio M, Pinzón L, Gutiérrez M. Atención integral a la primera infancia en Colombia: estrategia de país 2011-2014. Nota sectorial para su discusión con las nuevas autoridades y actores del sector. Banco Interamericano de Desarrollo, notas técnicas # 244; 2010.
13. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, serie No. 1 "Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS". Washington D.C: OPS; 2008.
14. Colombia – Profamilia, Ministerio de la protección social, Bienestar familiar, Usaid. Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENSD-. Bogotá: 2010
15. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN). Bogotá: ICBF; 2010.
16. Jara MI. Hambre, desnutrición y anemia: una grave situación de salud pública. *Gerencia y Políticas de Salud* 2008; 7(15): 7-10.
17. Lyria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente. Un problema que requiere atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2012; 29(3): 357-60.
18. Documento Borrador de la Política Pública para la población infantil. Mesa de Infancia Abril de 2015.
19. Kids Count Organization. The First Eight Years. Giving kids foundation for lifetime success. USA: The Annie E. Casey Foundation; 2014.
20. Colombia - Presidencia de la República. Estrategia de Cero a Siempre. Comisión Intersectorial para la primera infancia [en línea]. [Fecha de consulta: marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Paginas/QuienesSomos.aspx>