

Artículo original Recibido: 05-02-2021. Aceptado en forma revisada: 24-05-2021

Impacto de la estrategia AIEPI en padres de familia y/o cuidadores de menores de 5 años de un barrio de Cartagena.

Impact of the IMCI strategy on parents and / or caregivers of children under 5 years of age in a Cartagena neighborhood.

Kendy Madero Zambrano¹, Diana Marsiglia Lopez², Moraima del Toro Rubio³, Sandra Lorena Vallejo Arias⁴, Shirly Fernández Aragon⁵, Leisly Sofía Beleño Pinedo⁶, Zorayda Barrios Puerta⁷.

Corporación Universitaria Rafael Núñez

Resumen

En este artículo se presenta el impacto de la implementación de la estrategia AIEPI en la comunidad del barrio Olaya Herrera Sector Central (Cartagena-Colombia) entre 2017-2018; fue un estudio cuantitativo, descriptivo con evaluación de impacto (tipo grupos de control reflexivos). Población de padres y cuidadores del barrio Olaya Herrera Sector

¹ Enfermera; Magister en auditoria y calidad de los servicios de salud; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. Kendy.madero@curvirtual.edu.co

² Enfermera; Maestrante en enfermería; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. Diana.marsiglia@curvirtual.edu.co

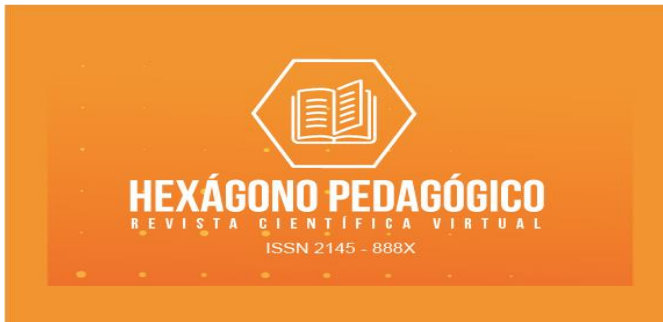
³ Enfermera; Magister en educación; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. Moraima.deltoro@curvirtual.edu.co

⁴ Enfermera; Magister en educación; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. Sandra.vallejo@curvirtual.edu.co

⁵ Enfermera; Magister en enfermería; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. Shirley.fernandez@curvirtual.edu.co

⁶ Enfermera; Magister en salud sexual y reproductiva; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. leisly.beleno@curvirtual.edu.co

⁷ Enfermera; Magister en educación; Docente del Programa de Enfermería, Corporación Universitaria Rafael Núñez. Cartagena Colombia. Zorayda.puertas@curvirtual.edu.co



Central (Cartagena, Colombia). Se aplicó encuesta estructurada sociodemográfica y de prácticas AIEPI durante segundos semestres de 2017 (*ex-ante*) y 2018 (*ex-post*). Los resultados: Los padres y cuidadores fueron jóvenes, mujeres y bachilleres de estrato 1. El impacto de la implementación fue positivo ($\Delta\%$ media: 79,4%); las prácticas más destacadas fueron la prevención de enfermedades ("G 2", $\Delta\%$ media: 204,2%, D.E.: 2,43) y la práctica para el cuidado en el hogar ("G 3", $\Delta\%$ media: 77,9%, D.E.: 0,924); específicamente resaltaron la higiene oral, prevención de la malaria y el dengue, VIH-SIDA, participación del hombre en el cuidado del niño y la prevención de accidentes en el hogar. Se concluye que la implementación de la estrategia tuvo un impacto positivo en padres y/o cuidadores y un resultado directamente proporcional con el bienestar de la primera infancia.

Palabras claves: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia; evaluación en salud; bienestar del niño; participación de la comunidad; enfermería en salud comunitaria [DeCS].

Abstract.

This article presents the impact of the implementation of the IMCI strategy in the community of the Olaya Herrera Sector Central neighbourhood (Cartagena-Colombia) between 2017-2018; it was a quantitative, descriptive study with impact evaluation (reflective control group type). Population of parents and caregivers in the Olaya Herrera Sector Central neighbourhood (Cartagena, Colombia). A structured sociodemographic and IMCI practices survey was applied during the second semesters of 2017 (*ex-ante*) and 2018 (*ex-post*). Results: Parents and caregivers were young, female and high school graduates from stratum 1. The impact of the implementation was positive (mean $\Delta\%$: 79.4%); the most prominent practices were disease prevention ("G 2", mean $\Delta\%$: 204.2%, SD: 2.43) and the practice of the AIEPI (mean $\Delta\%$: 2.43). 2.43) and home care practice ("G 3", mean $\Delta\%$: 77.9%, S.D.: 0.924); specifically, oral hygiene, malaria and dengue prevention, HIV-AIDS, male involvement in child care and prevention of accidents in the home stood out. It



is concluded that the implementation of the strategy had a positive impact on parents and/or caregivers and a directly proportional result on the well-being of early childhood.

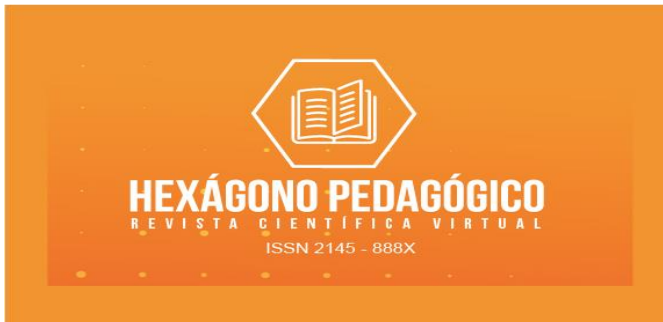
Keywords: Integrated Attention to Prevalent Childhood Diseases; health evaluation; child well-being; community participation; community health nursing [DeCS].

Introducción:

La primera infancia es una de las etapas de mayor importancia dentro del ciclo de vida de ser humano dado las oportunidades a las cuales se tenga acceso en ese momento condicionarán el futuro desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de la persona (Britto, y otros, 2017) es por ello que (Richter, y otros, 2017) plantea que suplir las necesidades básicas de los menores se convierte en una inversión a largo plazo en la salud pública de los países.

En Colombia habitan cerca de 3,2 millones de niños <5 años, de los cuales, 2,4 millones viven en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (Bernal, 2014). En Cartagena las enfermedades del periodo perinatal representaron la mayor carga sobre la mortalidad infantil, pasando de 8,8 a 6,36 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 2005-2015. A pesar de un patrón decreciente del 27%, la situación es preocupante. Por grandes causas, entre 2005-2013 las enfermedades del sistema respiratorio exhibieron las tasas más elevadas, dado que en niños de 1-4 años las cifras pasaron de 16,8 muertes/1.000 nacidos vivos a 11,9 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Una de las estrategias más importantes surgidas para hacer frente a la problemática en salud de la primera infancia es la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI). De acuerdo con los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la finalidad ha consistido en hacer énfasis en la atención integral de los niños durante cualquier contacto que tuvieran con los servicios de salud. Más adelante se adicionó un componente comunitario, con el que se pretendió posibilitar la promoción de las prácticas



claves del cuidado infantil enmarcada en acciones de gestión local (Gera, Shah, Garner, Richardson, & Sachdev, 2016).

En vista de que la estrategia AIEPI se ha evaluado como efectiva internacionalmente (8), su implementación ha continuado en contextos donde las prácticas de cuidado no resultan ser las mejores. Dado que es de interés para los hacedores de salud pública conocer el impacto de las intervenciones encaminadas a mejorar el estado de salud de la población en general, y de la primera infancia en especial, en este estudio se propuso evaluar el impacto de la implementación de la estrategia AIEPI en miembros de la comunidad (padres y cuidadores, madres comunitarias y maestros) residente en un barrio localizado en la ciudad de Cartagena (Bernal & Peña, 2011).

Metodología:

Se adoptó un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y de evaluación de impacto. El ámbito espacial comprendió el barrio Olaya Herrera Sector Central (Cartagena-Colombia). Se consideraron dos puntos en el tiempo: segundo periodo del 2017 fase diagnóstica, primer periodo del 2018 fase de intervención (momento *ex-ante*) y segundo periodo del 2018 (momento *ex-post*) Fase de medición de impacto. La población y la muestra aparecen en la Tabla 1.

En cuanto a los criterios de inclusión se tuvo en cuenta los padres de familia y/o cuidadores de niños menores de cinco años que se encontraban en los hogares del barrio Olaya Herrera Sector central. Así como, padres de familia y/o cuidadores que quisieron participar de forma voluntaria en la investigación firmando el consentimiento informado.

De igual forma, la investigación se enmarcó en la Resolución 8430 de 1993, la cual permite clasificarla como una investigación sin riesgo pues concuerda con el hecho de ser un estudio que emplean técnicas y métodos de investigación donde no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas,

sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Además, no se identifican los individuos, ni se tratan aspectos sensitivos de su conducta.

Tabla 1. Distribución de la muestra

Categorías	Antes de implementación		Después de implementación		To tal
	n	%	N	%	n
Padres y cuidadores	32	46	35	53	67
	3	,3%	5	,7%	8

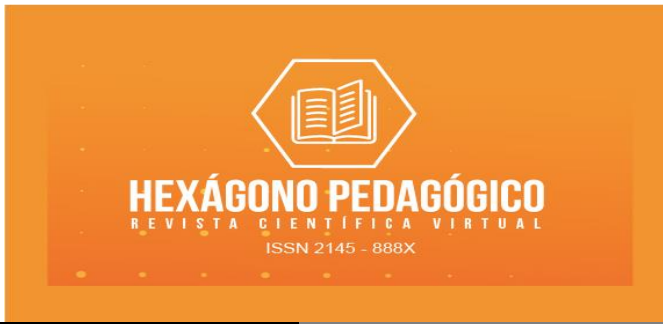
Fuente: Cálculos de los autores

1.1 Recolección de la información

Se diseñó una encuesta estructurada –fundamentada en la guía del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el componente comunitario de la estrategia AIEPI– mediante dos componentes: sociodemográfico y prácticas AIEPI (prácticas (P) y grupos (G) en la Tabla 2). La aplicación efectuó en los dos momentos del estudio. El instrumento fue sometido a juicio de expertos (dos docentes del programa de Enfermería de la Corporación Universitaria Rafael Núñez especialistas en el área y facilitadores AIEPI) además se hizo una prueba piloto y se validó por expertos.

Tabla 2. Prácticas y grupos de prácticas de la estrategia AIEPI

Grupo	Prácticas
G 1: Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño	P 1: Fomentar la lactancia materna exclusiva
	P 2: Alimentación complementaria después de los seis meses de edad
	P 3: Consumo de micronutrientes
	P 4: Afecto, cariño y estimulación temprana
G 2: Para prevenir enfermedades	P 5: Vacunación
	P 6: Saneamiento básico
	P 7: Prevención de malaria y dengue
	P 8: Prevención contra el VIH SIDA
	P 9: Higiene oral
	P 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis
G 3: Para los cuidados en el hogar	P 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar
	P 12: Tratamiento en casa del niño enfermo
	P 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños
	P 14: Participación del hombre en el cuidado del niño



	P 15: Prevención de accidentes en el hogar
G 4: Para	P 16: Identificar signos de peligro
buscar atención fuera	P 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud
del hogar	P 18: Atención prenatal

Fuente: Diseño de los autores

1.2 Procedimiento de evaluación de impacto

La finalidad del procedimiento de evaluación consistió en determinar cuantitativamente el efecto de la aplicación de la estrategia AIEPI sobre el grupo de interés (Britto, y otros, 2017). Se adoptó un diseño tipo *grupos de control reflexivos* en tanto que la situación de los beneficiarios antes de participar en la estrategia AIEPI (*situación sin intervención*) se utilizó como grupo de control para estimar el efecto. El supuesto fundamental de este diseño consiste en que las características de los participantes⁸ y el valor de los indicadores de impacto no habrían cambiado en ausencia del programa, así, cualquier variación en los indicadores es considerada como un efecto de la intervención (Richter, y otros, 2017).

Dado el diseño empleado, los indicadores de impacto estimados fueron de *impacto absoluto* y de *magnitud del impacto*. Los primeros se definieron como la diferencia entre la cantidad de sujetos que realizan determinadas prácticas después ($n_{ex-post}$) de la intervención con respecto a aquellos que las realizaban antes ($n_{ex-ante}$), así:

$$\Delta = n_{ex-post} - n_{ex-ante}$$

Por otro lado, la medida de *magnitud del impacto* permite conocer la cuantía del cambio entre la situación posterior a la intervención con respecto a la previa, así:

$$\Delta\% = \frac{n_{ex-post} - n_{ex-ante}}{n_{ex-ante}}$$

⁸ Para la presente investigación se relajó otro supuesto: el correspondiente a que los individuos de ambos momentos (antes y después de la intervención) deben ser los mismos. Esto obedeció a que no se contó con la participación de exactamente los mismos sujetos en los dos momentos considerados.



En virtud de que se adoptó el supuesto de que los cambios entre los indicadores se deben únicamente a la participación en la intervención, fue factible estimar el estadístico chi cuadrado (y p valor) entre cada indicador de impacto de cada una de las prácticas, y el momento de la intervención.

Con el fin de disponer de una medida resumen del impacto de la intervención para cada una de las prácticas, los grupos de prácticas y, de modo global, para el sujeto de interés, se estimó la magnitud del impacto promedio ($\Delta\%$) y su respectiva desviación estándar (en unidades de desviación).

Resultados:

Perfil sociodemográfico de la población beneficiaria del programa

La mayor parte de los padres y cuidadores fueron jóvenes de 23 – 32 años (33,4% del total de personas antes de la intervención y 34,7% después), mujeres (94,1% antes y 95,8% después), con nivel de escolaridad de bachillerato (56,7% antes y 57,1% después), estrato 1 (68,4%) y 2 (31,6%).

1.3 Evaluación de impacto

Las estimaciones del impacto de la implementación entre padres y/o cuidadores permitieron conocer la existencia de un resultado favorable (Tabla 3). Esto obedece a que, en promedio ($\Delta\%$ media), hubo una variación en el 79,4% (desviación estándar (D.E.): 1,351) en la cantidad de individuos que mejoraron las medidas de promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades prevalentes en la infancia.

Tabla 3.

Magnitud del impacto de la implementación de la estrategia AIEPI en padres y cuidadores (2017-2018). Incremento promedio y desviación estándar, por grupos de prácticas, prácticas e impacto total

Grupos de prácticas	$\Delta\%$ promedio	Desviación estándar	Prácticas	$\Delta\%$ promedio	Desviación estándar
G 1	18,2	0,371	P 2	18,2	0,635
			P 3	28,6	-
			P 4	16,7	0,070
G 2	204,2	2,430	P 5	10,1	-
			P 6	18,3	0,039
			P 7	428,5	2,514
			P 8	189,5	-
			P 9	483,7	-
			P 10	483,7	-
G 3	77,9	0,924	P 11	29,2	0,521
			P 12	32,6	0,334
			P 13	50,3	-
			P 14	156,5	1,044
			P 15	156,5	1,044
G 4	54,2	0,884	P 16	29,2	0,521
			P 17	32,6	0,334
			P 18	32,6	0,334
Impacto de la implementación en padres y cuidadores				79,4	1,351
				%	

Fuente: Encuestas a padres y cuidadores del barrio Olaya Herrera Sector central (Cartagena-Colombia)

En cuanto a los grupos de prácticas, se observó que la implementación de la estrategia en cada uno fue positiva. Se destacó el impacto superior que existió en el grupo de prácticas encaminadas a la prevención de enfermedades (“G 2”, $\Delta\%$ media: 204,2%, D.E.: 2,43). En segunda instancia se observaron mejoras en relación con las prácticas de cuidado en el hogar (“G 3”, $\Delta\%$ media: 77,9%, D.E.: 0,924), seguidas de aquellas enfocadas a la

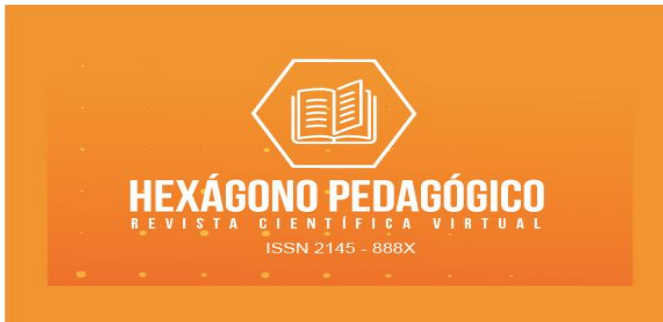


búsqueda de atención fuera del hogar (“G 4”, $\Delta\%$ media: 54,2%, D.E.: 0,884) y, por último, el menor impacto tuvo lugar en las acciones para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño (“G 1”, $\Delta\%$ media: 18,2%, D.E.: 0,371).

Las prácticas específicas contenidas en la estrategia AIEPI luego de su implementación entre los padres y cuidadores del barrio Olaya Herrera Sector Central, igualmente exhibieron resultados que sugieren favorabilidad. La mayor magnitud se dio en las prácticas afines a la higiene oral de los niños (“P 9”, $\Delta\%$ media: 483,7%), así como las acciones preventivas de malaria y dengue (“P 7”, $\Delta\%$ media: 428,5%, D.E.: 2,514). Sumado a esto, igualmente se detectó un impacto positivo con relación a las prácticas de los padres y cuidadores para la prevención del VIH-SIDA (“P 8”, $\Delta\%$ media: 189,5%), los esfuerzos por estimular la participación del hombre en el cuidado del niño (“P 14”, $\Delta\%$ media: 50,3%) y la prevención de accidentes al interior del hogar (“P 15”, $\Delta\%$ media: 156,5%).

Las acciones o indicadores sobre los cuales existieron los mayores impactos de la implementación de la estrategia, y que a su vez fueron estadísticamente significativos (p valor $< 0,01$), correspondieron a los siguientes (Tabla 4). Se destacó en primer lugar, el mayor uso de mallas o toldos para prevenir la transmisión de malaria y dengue por mosquitos, lo cual pasó de ser usado apenas por 28 personas (8,7% del total) en el periodo *ex-ante* a 229 (64,1%) en el momento *ex-post* ($\Delta\%$: 717,9%); estuvo seguida por el acto de cepillar a los niños con una frecuencia de 3 veces al día ($\Delta\%$: 483,7%), la vigilancia ejercida para prevenir accidentes en las esquinas de algún recinto ($\Delta\%$: 362%), el hecho de impregnar de insecticida los toldillos ($\Delta\%$: 303,6%) y de rociar las áreas habitables y de descanso con estos elementos ($\Delta\%$: 264%), la vigilancia al niño cuando juega con alguna mascota ($\Delta\%$: 222,5%), y las acciones tendientes a evitar la transmisión del VIH-SIDA tales como el uso de preservativo ($\Delta\%$: 189,5%).

A pesar de los impactos favorables, hubo algunos aspectos que no mejoraron luego de la implementación de la estrategia AIEPI, incluso exhibieron desmejoras. La más notables fue la reducción en el consumo de tubérculos como parte de la alimentación



complementaria en niños con más de 6 meses de edad ($\Delta\%$: -88,8%), el hecho de no identificar ruidos hechos por el niño y la fiebre como signos de alarma ante posibles afectaciones en su salud ($\Delta\%$: -39,2% y -3,5%, respectivamente), y el incremento en la frecuencia de padres y cuidadores que proporcionan orégano como remedio casero ($\Delta\%$: -22,2%).

Conclusiones.

La evaluación del impacto en torno a la implementación de la estrategia AIEPI en un barrio de la ciudad de Cartagena permitió concluir que existió un resultado positivo en cuanto a las prácticas de cuidado que desarrollan los padres de familia y/o cuidadores. Destacando su mayor impacto en las prácticas de la prevención de enfermedades y el cuidado en el hogar; específicamente las prácticas que más sobresalieron fueron la higiene oral, prevención de malaria y dengue, prevención de VIH-SIDA, participación del hombre en el cuidado del niño y la prevención de accidentes en el hogar. Así mismo, se logró mostrar la labor disciplinar del enfermero como uno de los actores fundamentales en la promoción y el mantenimiento de la salud, a través de intervenciones comunitarias que permiten el cambio de conductas de personas, comunidades y familias. Esto sin duda, influye en la imagen que percibe la sociedad del ejercicio profesional de enfermería, sobre su esencia en el Cuidado de la salud y la vida, en todos los contextos donde se provisiona cuidado a todo tipo de personas.

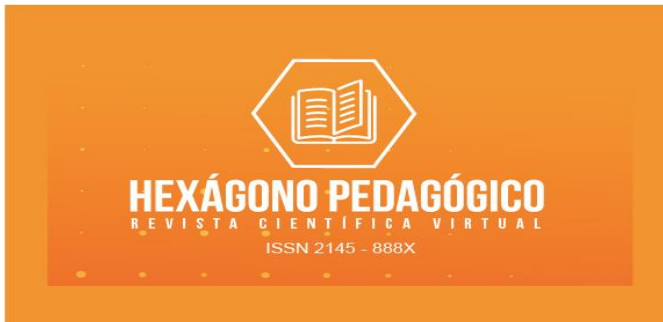
Por último, se concluye que el mayor impacto obtenido está directamente relacionado con el bienestar de la primera infancia, estas acciones contribuirán a la disminución de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad en los niños menores de cinco años, así como la promoción de su mejor crecimiento y desarrollo. Efecto que aportan al tercer objetivo del desarrollo humano sostenible.

Conflicto de interés: Los autores declararon que no hubo conflicto de intereses durante esta investigación. El estudio no contó con vínculos personales, financieros y políticos con las entidades o individuos encuestados.

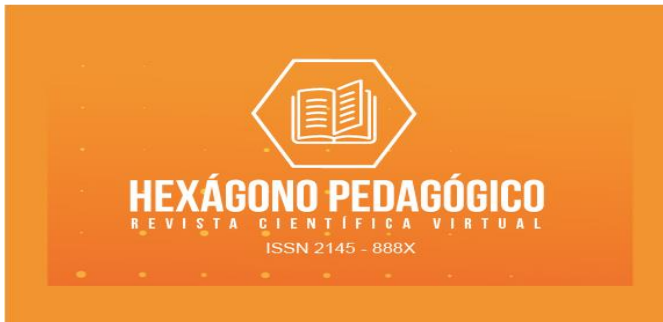


Referencias.

- Akter, T., Hoque, D., Chowdhury, E., Rahman, M, Russell, M., & Arifeen, S. (2015). Is there any association between parental education and child mortality? A study in a rural area of Bangladesh. *Public Health*, 129, 1602-1609.
- Álvarez, L., Marrugo, A., & Barrera, E. (2017). Identidad cultural en sector central barrio Olaya Herrera de Cartagena de Indias Colombia. *DELOS: Desarrollo Local Sostenible*, 10(28).
- Babu, S., Gajanan, S., & Sanyal, P. (2009). Maternal education and community characteristics as indicators of nutritional status of children – application of multivariate regression. En S. Babu, S. Gajanan, & P. Sanyal, *Food Security, Poverty and Nutrition Policy Analysis* (págs. 175-197). Burlington: Academic Press.
- Basaleem, H., & Amin, R. (2009). Qualitative study on the Community Perception of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Implementation in Lahej, Yemen. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 9(1), 42-45.
- Bedoya, M. (2016). Madres comunitarias antioqueñas y su vocación por el cuidado. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*(47), 113-127.
- Bernal, R. (2014). *Diagnóstico y recomendaciones para la atención de calidad a la primera infancia en Colombia*. Bogotá: Fedesarrollo.
- Bernal, R., & Peña, X. (2011). *Guía práctica para la evaluación de impacto*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Bjorklund, D., & Ellis, B. (2014). Children, childhood, and development in evolutionary perspective. *Developmental Review*, 34(3), 225-264.
- Boschi, C., Labadie, G., Ramachandran, T., Oliphant, N., Dalglish, S., Aboubaker, S., . . . Diaz, T. (2018). Global implementation survey of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): 20 years on. *BMJ Open*(8), e019079.
- Britto, P., Lye, S., Proulx, K., Yousafzai, A., Matthews, S., Vaivada, T., . . . (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*, 389(10064), 91-102.
- Campillo, O., Morales, Y., Marbello, A., & Pérez, D. (2019). *Conocimiento de madres comunitarias sobre signos de peligro en menores de 5 años según AIEPI. Corregimiento de Pasacaballos (Cartagena, Colombia), 2018*. Cartagena: Corporación Universitaria Rafael Núñez.
- Castillo, I. Y., González, Y. M., & Gutiérrez, N. (14 de Noviembre de 2016). *DETERMINANTES SOCIODEMOGRÁFICOS DE APLICACIÓN DE PRÁCTICAS CLAVE AIEPI PARA PREVENIR ENFERMEDADES. ÁREA RURAL, CARTAGENA, COLOMBIA*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n2/v21n2a02.pdf>



- Castillo, I., González, Y., & Gutiérrez, N. (2016). Determinantes sociodemográficos de aplicación de prácticas clave AIEPI para prevenir enfermedades. Área rural, Cartagena, Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 21(2), 13-26.
- DADIS. (2016). *Análisis de la situación de salud con el modelo de determinantes sociales de salud del distrito de Cartagena de Indias*. Cartagena: Alcaldía Mayor de Cartagena.
- Díaz, S., Arrieta, K., & Ramos, K. (2013). AIEPI y prácticas maternas frente a la diarrea y resfriado común en afrodescendientes del caribe colombiano. *Revista de Salud Pública*, 15(4), 555-564.
- Du Preez, N., Cameron, N., & Griffiths, P. (2013). "So they believe that if the baby is sick you must give drugs..." The importance of medicines in health-seeking behaviour for childhood illnesses in urban South Africa. *Social Science & Medicine*, 92, 43-52.
- Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R., & Murray, C. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: a systematic analysis. *Lancet*, 376, 959-974.
- Gera, T., Shah, D., Garner, P., Richardson, M., & Sachdev, H. (2016). Integrated management of childhood illness (IMCI) strategy for children under five. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(6), 1-60.
- Ghimire, M., Pradhan, Y., & Maskey, M. (2010). Community-based interventions for diarrhoeal diseases and acute respiratory infections in Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 216-221.
- Hernández, J., Castillo, I., & Alvis, L. (2017). Conocimientos sobre tuberculosis infantil en madres comunitarias de Cartagena, Colombia. *Salud Uninorte*, 33(1), 16-26.
- Martins, J., & Ramallo, M. (2015). Desarrollo infantil: análisis de un nuevo concepto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(6), 1097-1104.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamiento para la implementación de la Atención Integral en Salud a la primera infancia, infancia y adolescencia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Minujin, A., Bagnoli, V., Osorio, A., & Aguado, L. (2015). *Primera infancia Cómo Vamos. Identificando desigualdades para impulsar la equidad en la infancia colombiana*. Bogotá: Fundación Corona, Equidad para la Infancia América Latina, Pontificia Universidad Javeriana, Red de Ciudades Cómo Vamos.
- Navarro, H., King, K., Ortigón, E., & Pacheco, J. (2006). *Pauta metodológica de evaluación de impacto ex-ante y ex-post de programas sociales de lucha contra la pobreza. Aplicación metodológica*. Santiago de Chile: CEPAL.



- Richter, L., Daelmans, B., Lombardi, J., Heymann, J., Lopez, F., Behrman, J., . . . Darmstadt, G. (2017). Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*, 389(10064), 103-118.
- Tulloch, J. (1999). Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet*, 354(Supl 2), 16-20.
- Urke, B., Mittelmark , , M. B., Amugsi , D., & Matanda , D. (44 (4): 572-582. de 2018). *Recursos para fomentar las prácticas de cuidado infantil en entornos urbanos y rurales: Resultados de la Encuesta demográfica y de salud de Colombia 2010*. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29717504/>
- Urke, H., Mittelmark, M., Amugsi, D., & Matanda, D. (2018). Resources for nurturing childcare practices in urban and rural settings: Findings from the Colombia 2010 Demographic and Health Survey. *Child: Care, Health & Development*, 44(4), 572-582.
- Webair, H., & Bin, A. (2013). Factors affecting health seeking behavior for common childhood illnesses in Yemen. *Patient Preference and Adherence*, 7, 1129-1138.
- WHO. (2013). *Community IMCI*. Ginebra: WHO.