

# SALUD Y CONDICIONES DE VIDA DE ESCOLARES EN BARILOCHE

*Conocer la diversidad de factores que inciden en el desarrollo psicofísico infantil es necesario para una planificación que, basada en la noción de equidad, permita alcanzar un mayor bienestar general.*

**Cecilia Vasconi, Gilda Garibotti, Diego Schnaiderman, Haydeé Comar, Gabriela Giannini, Alejandra Ferrari, Ana Nuñez**

¿Cuál es el estado de salud de los niños en edad escolar de la ciudad de Bariloche? Las condiciones socioeconómicas y culturales de los distintos sectores sociales, ¿guardan relación con su estado de salud? En este sentido, ¿existen factores de riesgo para la salud asociados a ciertas condiciones de vida? Éstos son algunos de los interrogantes expresados por un grupo de médicos pediatras de Bariloche a partir de los cuales se decidió llevar adelante este estudio, junto con integrantes del Departamento de Estadística del Centro Regional Universitario Bariloche de la Universidad Nacional del Comahue.

Bariloche no cuenta con un estudio comparativo de la salud psicofísica de niños de diferente nivel socioeconómico. Más aún, no se tiene conocimiento de estudios epidemiológicos a nivel nacional que comparen de manera integral distintos aspectos del desarrollo psicofísico infantil por estratos sociales. Por tal razón, surge la necesidad de describir el estado de salud psicofísico de niños en edad preescolar y escolar primaria de diferentes grupos socioeconómicos y analizar las diferencias que pudieran existir entre los mis-

mos, buscando también identificar los factores de riesgo asociados a esas diferencias. Los resultados alcanzados en este estudio permiten hacer una primera caracterización del estado de salud psicofísico de los niños de 5 a 13 años y posibilitan identificar los problemas principales que los afectan. Esta información es fundamental para realizar una descripción de los fenómenos de salud-enfermedad, para conocer algunas de las características de los diferentes estratos sociales y para cuantificar aquellos problemas existentes y poder así abordarlos, por ejemplo, a través de programas de acción social destinados a la atención primaria de la salud. Además, tanto a nivel municipal como provincial, estos datos podrán servir para planificar y llevar adelante acciones asistenciales, así como medidas de promoción y protección dirigidas a la población sana, para fomentar un mejor estado de salud y poder evitar determinadas enfermedades.

Por otra parte, la información obtenida podrá ser de utilidad para la planificación de trabajos de investigación en temas vinculados con la salud infantil.

**Palabras clave:** niños, estado de salud, desarrollo psicofísico, nivel socioeconómico.

**Cecilia Vasconi** <sup>(1)</sup>

Lic. en Trabajo Social, Univ. Nac. de Córdoba, Argentina.  
vasconicecilia@hotmail.com

**Gilda Garibotti**

Dra. en Matemática, University of Massachusetts, Estados Unidos.

Dpto. de Estadística, Ctro. Reg. Univ. Bariloche, Univ. Nac. del Comahue, Argentina.  
garibotti@crub.uncoma.edu.ar

**Diego Schnaiderman** <sup>(2)</sup>

Méd. Pediatra, Univ. de Buenos Aires, Argentina.  
diego@cpmbariloche.com.ar

**Haydeé Comar** <sup>(1, 2, 3)</sup>

Méd. Pediatra, Univ. de Buenos Aires, Argentina.  
Centros de Salud D.A.P.A., Hospital Zonal Bariloche, Argentina.  
haydeecomar@gmail.com

**Alejandra Ferrari** <sup>(2, 3)</sup>

Méd. Pediatra, Univ. de Buenos Aires, Argentina.  
ama\_ferrari@yahoo.com.ar

**Gabriela Giannini** <sup>(2, 3)</sup>

Méd. Pediatra, Univ. de Buenos Aires, Argentina.  
gabigiannini@yahoo.com.ar

**Ana Nuñez** <sup>(2, 3)</sup>

Méd. Pediatra, Univ. de Buenos Aires, Argentina.  
ananu@cpmbariloche.com.ar

<sup>(1)</sup> Esc. Sup. de Salud y Ambiente, Ctro. Reg. Univ. Bariloche, Univ. Nac. del Comahue, Argentina.

<sup>(2)</sup> Ctro. Pediátrico Melipal, Argentina.

<sup>(3)</sup> Ctro. de Gastronómicos y Obra Social de los Empleados de Comercio y Actividades Civiles (OSECAC), Argentina.

Recibido: 26/08/2009. Aceptado: 30/04/2010.



**Figura 1: Hospital Zonal Dr. Ramón Carrillo.**

### Salud, desarrollo infantil y medioambiente

Distintos estudios realizados en el campo de la salud aseveran que los primeros años de vida son los más importantes para el crecimiento y desarrollo del ser humano. Resolver los problemas de salud de los niños no sólo es importante para un desarrollo positivo, sino que del estado de salud de los niños dependerá, en gran medida, el nivel de bienestar y la calidad de vida que presente la población de nuestro país años más tarde.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social [y no sólo como la ausencia de enfermedad o deterioro] [...] que permite al organismo adaptarse y funcionar adecuadamente, habida cuenta de las condiciones endógenas y de los factores ambientales a los que está sometido”. Desde esta perspectiva, hablar de salud implica pensar en un proceso dependiente de múltiples variables: estado nutricional, salud física general, salud bucal, salud mental y desarrollo psicosocial. Lejarraga define el desarrollo de un niño como “el curso de los cambios de la conducta sensorio-motriz, la respuesta emocional, el lenguaje, la inteligencia y el aprendizaje, en un contexto sociocultural e histórico”.

Diferentes autores que estudian el desarrollo infantil como un proceso multideterminado, desde una mirada integral sobre la salud-enfermedad, han mostrado la influencia que ejerce el medioambiente sobre este desarrollo; es decir, siguiendo nuevamente a Lejarraga: “todos aquellos factores ajenos al programa genético del individuo [...] ya sea la cultura, las costumbres, los factores socioeconómicos, las experiencias laborales, educativas, etcétera”.

Desde esta perspectiva, estudiar el desarrollo en contexto implica conocer las condiciones en las que el niño experimenta dichos cambios, siendo el medioambiente familiar ese espacio inmediato en el cual se sitúa. Es así que los hábitos familiares, la relación entre la madre y el niño, la nutrición, el acceso a los servicios de salud, la exposición a la violencia, las prácticas edu-

cativas y la capacidad de la familia de resolver problemas y de generar un ambiente que fomente el aprendizaje y la lectura, son factores que podrán favorecer o limitar las oportunidades para el desarrollo infantil.

Para ilustrar esta idea, la interacción entre el desarrollo y la dimensión social del ser humano, creemos oportuno mencionar un estudio realizado por Chesta y colaboradores en la ciudad de Córdoba con una muestra de niños de entre 6 y 24 meses, de 5 años y de 8 años, distribuidos en tres niveles socioeconómicos. Los autores encontraron mayores frecuencias de varias características biosociales de riesgo en el nivel socioeconómico inferior: bajo peso al nacer, mortalidad y paridad elevada, embarazos adolescentes, etc. Además, hallaron que la prevalencia de desnutrición, reflejada en una talla baja para la edad, es significativamente más alta en este nivel socioeconómico. Como resultado del estudio, los autores remarcan que el crecimiento físico es un «espejo» de las condiciones sociales de la población.

No obstante la fuerte incidencia de las condiciones objetivas en el desarrollo, creemos que son influyentes tanto las percepciones y conocimientos de las personas, como así también las acciones que puedan llevar adelante para el cuidado y atención de la salud.

Otras investigaciones que incluyen aspectos sociales y culturales, como las de los equipos de Torralva y de Viguer Seguí, muestran que existe una relación entre las actitudes y conductas estimuladoras del desarrollo psicosocial que experimenta el niño en la familia y el nivel socioeconómico familiar. En el estudio de Torralva y colaboradores realizado en Ushuaia, Argentina, se encontró que el grado de estimulación ambiental que recibían los niños de los sectores sociales más acomodados era mayor que el de los niños más pobres. Viguer Seguí y colaboradores llegan a conclusiones similares a partir de su estudio desarrollado en Valencia, España. Ambos grupos remarcan la importancia que las experiencias estimuladoras a nivel familiar tienen sobre el desarrollo del niño.

Hasta aquí hemos delineado los conceptos de *salud*, *desarrollo infantil* y *medioambiente*, mostrando la vinculación que existe entre los mismos, sin perder de vista que las condiciones históricas, sociales y culturales juegan también un papel importante en los



**Figura 2: Centro Médico Gastronómico.**

cambios que experimentan las personas a lo largo de su vida.

**La salud de los niños de San Carlos de Bariloche**

De acuerdo con el último censo, en el departamento de Bariloche 34.160 personas conforman el grupo de población de 0 a 14 años de edad. De éstas, 16.981 cuentan con obra social y/o plan de salud privado o mutual, mientras que 17.179 no poseen ese tipo de cobertura de salud (fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001).

En nuestra ciudad, la oferta de servicios de salud se encuentra dividida en tres sub-sectores:

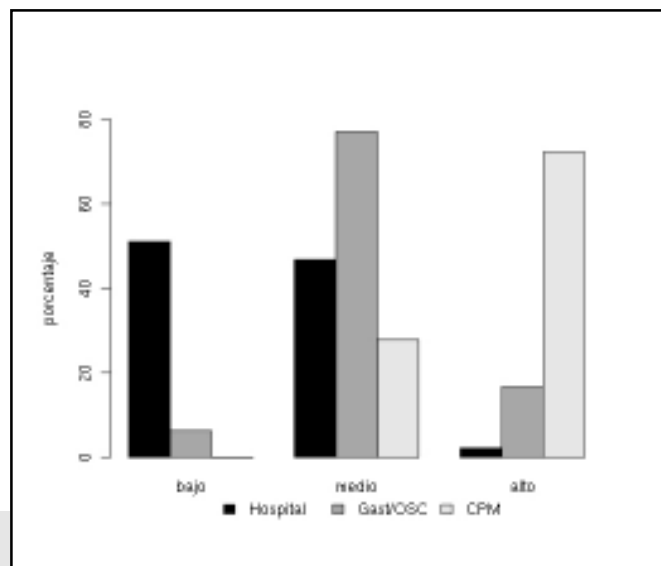
- el sector *público*, representado por el Hospital Zonal y once centros periféricos de salud;
- el sector *de la seguridad social*, representado por consultorios donde se ofrece atención médica a afiliados de diversas Obras Sociales Sindicales; y

- el sector *de la medicina privada*, representado por consultorios privados, donde se atiende principalmente a afiliados de empresas de medicina prepaga.

En este proyecto participaron los centros de salud periféricos dependientes del Departamento de Atención Programada del Área (DAPA) - Hospital Zonal Ramón Carrillo (ver Figura 1), ubicados en los barrios Arrayanes y 2 de Abril, los Centros de Gastronómicos y OSECAC (Gast/OS) (ver Figura 2), y el Centro Pediátrico Melipal (CPM) (ver Figura 4). Estos centros son exponentes de los tres sub-sectores de la salud mencionados: público, de seguridad social y de medicina privada, respectivamente. A su vez, debido al sub-sector de salud al que pertenecen, en este trabajo presuponimos que estos centros resultan representativos de sectores socioeconómicos distintos de la población de Bariloche.

El estudio está basado en una encuesta realizada a familiares de niños que concurren para ser atendidos en los centros de salud mencionados. Se eligió a niños que estuvieran cursando preescolar, primero, cuarto y séptimo grado, ya que consideramos que los niños de esas edades son representativos de toda la población de niños de entre 5 y 13 años. La encuesta fue realizada por los médicos pediatras, integrantes del equipo de trabajo que lleva a cabo esta investigación. En la mayor parte de los casos la persona encuestada fue la madre del niño, y en segundo lugar el padre.

**Figura 3: Nivel de bienestar económico familiar.**



**Figura 4: Centro Pediátrico Melipal.**



La encuesta inquiriere sobre el estado físico y socioemocional del niño, así como también acerca de distintos factores de riesgo relacionados con la salud y el desarrollo infantil. Este instrumento consta de 82 preguntas.

### Salud psicofísica

La evaluación de la salud física de los niños se basó, entre otras, en las siguientes variables: peso, altura, estado de salud general, presencia de caries y falta de piezas dentarias. El peso y la altura fueron medidos por el pediatra que realizó la encuesta, así como también la evaluación de la salud bucal del niño. En cambio, el estado de salud general del niño fue clasificado por el familiar encuestado en: pobre o regular, bueno, muy bueno o excelente. Diversos estudios han mostrado que la evaluación parental del estado de salud general del niño constituye una medida sustitutiva aceptable del estado de salud real de los niños. Utilizando el peso y la talla se calculó el índice de masa corporal (IMC), como el cociente entre el peso y el cuadrado de la talla. En base al IMC los niños fueron categorizados en eutróficos (peso normal), con sobrepeso, obesos y desnutridos, siguiendo criterios médicos vigentes.

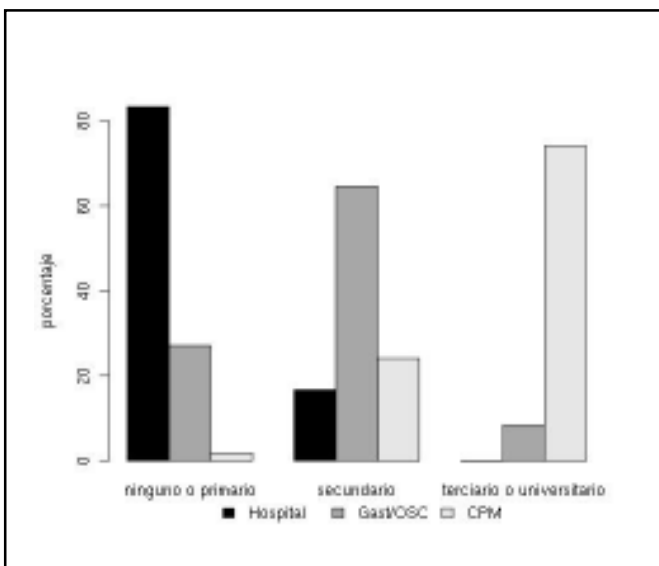
El estado de salud socioemocional se midió por medio de la preocupación del familiar encuestado respecto de una serie de tópicos. Distintos autores han investigado herramientas basadas en la información provista por las madres y los padres para detectar pro-

blemas emocionales, de comportamiento y de desarrollo de los niños. En nuestro estudio se preguntó a los encuestados si estaban preocupados o no, entre otros, respecto de los siguientes temas: comportamiento del niño, su desenvolvimiento escolar, capacidad de entender consignas, su relación con otros niños y con adultos (maestros, madre, padre, etc.), depresión o ansiedad, capacidad del niño de resolver situaciones de conflicto, forma de hablar. Esta información se resumió en el número de tópicos sobre los que el familiar estaba preocupado.

La distribución de las respuestas se dividió en cuartiles, encontrándose en el cuartil superior aquellos encuestados que mostraban una preocupación mayor. La preocupación parental tiene un alto valor predictivo sobre problemas de desarrollo de los niños; por tal razón, un mayor nivel de preocupación constituye un indicador de mayor riesgo de problemas de desarrollo psicosocial y un estado de salud socioemocional menos favorable.

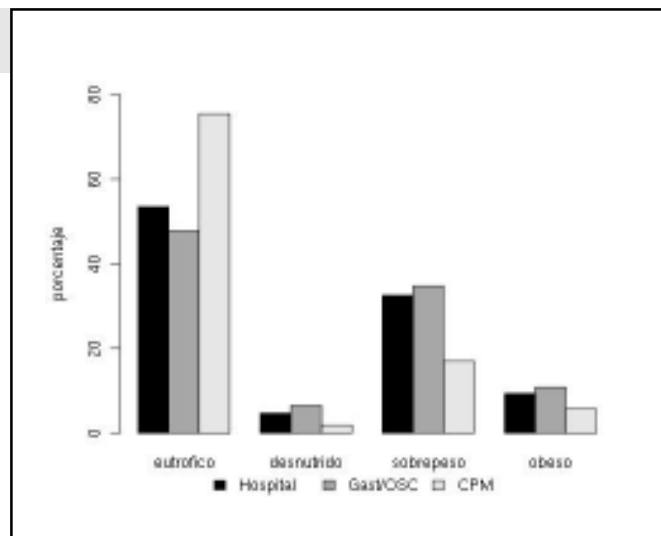
### Factores de riesgo

Los factores de riesgo considerados fueron seleccionados sobre la base de otros estudios que relacionaban cada uno de éstos con distintos aspectos de la salud de los niños. Los factores fueron elegidos al nivel del niño, la familia y la comunidad. Entre otros, los factores estudiados fueron: bajo peso al nacer,



**Figura 5: Máximo nivel educativo alcanzado por el padre o la madre.**

**Figura 6: Estado nutricional.**



prematuridad, nivel de bienestar económico familiar, nivel de educación de la madre y del padre, edad de la madre al nacer el primer hijo, inseguridad en el barrio o en la escuela, hábitos de lectura y tiempo que el niño mira televisión y videos o juega en la computadora. Se consideró bajo peso al nacer aquel peso menor a los 2.500 gramos. Para evaluar el nivel de bienestar económico familiar se adoptó un modelo análogo al propuesto por Currie y colaboradores, que consiste en considerar un conjunto de artículos que reflejan el nivel de gastos familiares. Se asignó el valor numérico 0 ante una respuesta negativa y 1 ante una respuesta positiva a cada uno de los siguientes puntos: la familia posee auto, la familia posee computadora, el niño salió de vacaciones al menos una vez en el último año, el número de personas con las que el niño comparte el dormitorio es menor a 3, la familia no recibe subsidios. Estos puntajes se sumaron obteniéndose valores entre 0 y 5, con valores mayores asociados a un mayor nivel de bienestar económico familiar. En base a estos valores se construyó un índice: «bajo» corresponde a valores totales iguales a 0 o 1; «medio» a valores totales entre 2 y 4; y «alto» un valor total de 5 puntos.

*Resultados preliminares*

Presentamos algunos resultados preliminares basados en las encuestas realizadas en el período que se extiende desde junio de 2008 hasta mayo de 2009. Se realizaron un total de 150 encuestas durante este período, 32% en los Centros Periféricos del DAPA, 32% en Gast/OS y 36% en CPM. El procesamiento y análisis de la información se realizó por medio del paquete estadístico R y se utilizó la prueba chi-cuadrado para estudiar las diferencias en la distribución de las distintas medidas analizadas en los centros de salud considerados. En este artículo presentamos una síntesis de la información obtenida; el informe completo se encuentra disponible en internet, en la siguiente dirección: <http://estadística.crub.uncoma.edu.ar/>.

En el 84% de los casos estuvo presente la madre durante la entrevista.

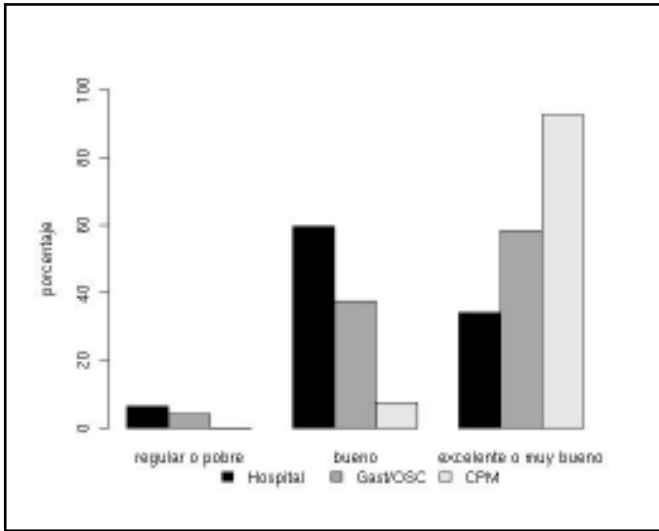
La Figura 3 muestra que las características económicas de las familias de los centros estudiados difieren. Se observa que entre las familias que reciben atención médica en el hospital predominan las que tienen un nivel de bienestar económico familiar bajo, mien-

tras que la mayor parte de las que concurren al CPM tienen un nivel de bienestar alto, quedando el grupo de Gast/OS en una posición intermedia. Algo similar ocurre cuando se analiza el máximo nivel educativo alcanzado por el padre o la madre (Figura 5).

No se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de niños con bajo peso al nacer, ni en casos de prematuridad entre los centros médicos estudiados. Sí se registraron diferencias en torno al embarazo adolescente, que resultó un 34% mayor en el ámbito del hospital que en Gast/OS, mientras que no se registraron casos en el CPM. En relación a la inseguridad en el barrio o la escuela, el 71% de los encuestados en el ámbito del hospital reportó sentir que el niño usualmente estaba inseguro en el barrio o en la escuela comparado con un 54% en Gast/OS y un 6% en el CPM.

Respecto a los factores de riesgo relacionados con el desarrollo psicosocial, el 35% de los encuestados en los Centros Periféricos del DAPA reportó haberle leído al niño o que el niño hubiese leído por placer al menos uno de los siete días previos a la encuesta, comparado con un 42% de los encuestados de Gast/OS y un 69% de los del CPM. La diferencia no fue significativa en los porcentajes de niños que según el familiar encuestado pasan menos de una hora frente a la televisión o computadora durante un día de clase.

La Figura 6 muestra que la distribución del estado nutricional de los niños de los tres centros es similar. La incidencia de caries es casi seis veces mayor en el hospital que en el CPM y cuatro veces mayor en Gast/OS que en el CPM. Los acompañantes de los niños del CPM mayoritariamente clasificaron el estado de salud del niño como excelente o muy bueno, mientras que entre los niños encuestados en el ámbito hospitalario sólo un 34% recibieron esa clasificación y un 6% fue calificado dentro de las categorías más bajas (ver Figura 7). También se hallaron diferencias significativas en la distribución del estado de salud socioemocional (ver Figura 8).



**Figura 7: Estado de salud general.**

estimulación motriz, sensorial, intelectual (jugar con él, contarle cuentos)”.

Hallamos una diferencia significativa en casos de atraso escolar entre los centros estudiados. En el hospital, un 23% de los niños encuestados habían repetido al menos una vez, comparado con un 2% en Gast/OS y un 0% en CPM.

Las desigualdades que existen en el acceso a los servicios de salud y a los recursos necesarios para su atención y cuidado, nos llevan a pensar en las diferencias en el estado de salud psicofísico de las personas según su condición social y económica. Si sostenemos esta idea, debemos tener presente que algunos niños viven en un ámbito con condiciones favorables para su desarrollo (vivienda adecuada, alimentación variada, alto nivel educativo de los padres y acceso a los servicios de salud), mientras que otros lo hacen en espacios donde son múltiples los obstáculos y las necesidades que se les presentan, condicionando el desarrollo máximo de su potencial físico, intelectual y social. En este sentido, la familia es el espacio más importante para el desarrollo de un niño y también el lugar donde se materializan esas desigualdades sociales y económicas.

Frente a esta realidad es necesario preguntarnos: ¿es inevitable que una forma de organización social desigual e injusta reproduzca la inequidad también respecto de la salud? O, por el contrario, si esta inequidad es el producto de una construcción social: ¿es posible actuar para generar condiciones de posibilidad para el óptimo crecimiento y desarrollo de los niños y así lograr un mayor bienestar en la población?

Sobre esta problemática señala Lejarraga, a través de un análisis crítico en torno a la inequidad social y de salud, lo siguiente: “Hay una relación entre los indicadores de salud, de esperanza de vida y de desarrollo infantil, por un lado, y el nivel socioeconómico de las personas, por el otro. Los grupos de niveles socioeconómicos más altos, exhiben mejor ajuste social, mejores indicadores de desarrollo, y mantienen mejores indicadores de salud y de rendimiento escolar. Después de los años escolares esos grupos mantienen en la vida adulta las ventajas adquiridas más tempranamente”.

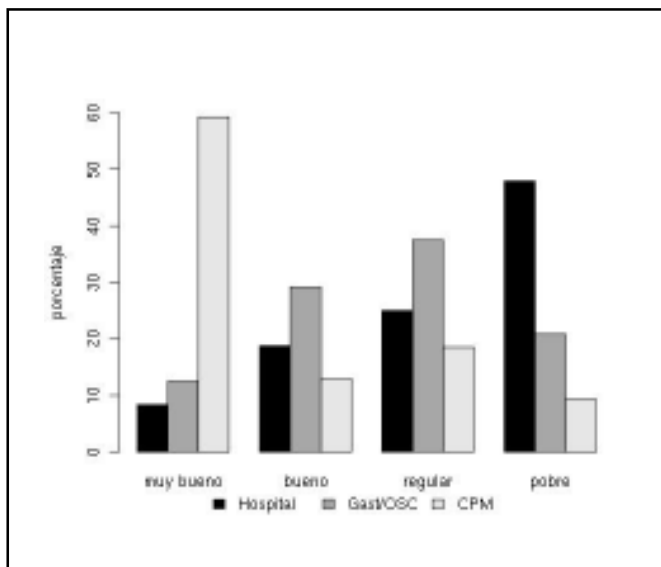
### Desigualdades sociales y salud

La evaluación del nivel de bienestar económico familiar y del nivel de educación máximo alcanzado por los padres de las familias encuestadas confirman la hipótesis de que los centros de salud participantes del estudio atienden a sectores socioeconómicos distintos de la población de Bariloche. En consecuencia, podemos asociar a las familias encuestadas en el hospital con un nivel socioeconómico bajo, las de Gast/OS con un nivel socioeconómico medio-bajo y las del CPM con un nivel socioeconómico medio-alto.

Los resultados indican que en Bariloche, al momento de realizarse este estudio, existen importantes desigualdades en el estado general de salud de los niños de los distintos niveles socioeconómicos. Al igual que Maldonado y colaboradores, encontramos que cuanto más baja era la posición social del niño, mayor era la proporción de niños con dientes cariados. Esto repercutirá en la salud bucal de estos niños cuando se transformen en adultos. También se halló la tendencia a una salud socioemocional menos favorable en el ámbito hospitalario que en los otros centros médicos estudiados.

La salud infantil tiene un fuerte impacto en la preparación y capacidad de los niños para el proceso de aprendizaje en la escuela; por este motivo, la disparidad en el estado de salud causa preocupación en el ámbito de la salud pública, de la educación y de otras políticas sociales.

Según nuestros resultados, el nivel socioeconómico familiar tiene una gran influencia en la actitud frente a la lectura. En el nivel socioeconómico medio alto la proporción de niños que leen o a quienes se les lee es mayor que en los otros dos niveles. La lectura es uno de los instrumentos más eficaces para ayudar al niño a desarrollar su lenguaje y a su vez el lenguaje está ligado al pensamiento. Lejarraga sostiene que «el rol del estímulo intelectual es básico en el niño. Éste necesita estímulos afectivos (sentirse querido, seguro) que no dependen del nivel educativo, pero también



**Figura 8: Estado de salud socioemocional.**

pensamientos y acciones en pos del mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de los niños. Si esto se alcanza, lograremos una mejor calidad de vida para todos.

El concepto de *gradientes sociales* que utiliza este autor aporta para la discusión sobre las desigualdades en salud, ya que refiere a la diferencia entre los sectores que presentan mejores condiciones económicas y sociales y aquellos más desfavorecidos. Al respecto sostiene que “cuanto mayor es la equidad social mejor es el nivel de salud de la población general”, y agrega: “no solamente la salud general de la población es en función de la diferencia entre los que tienen más y los que tienen menos, sino que el desarrollo intelectual, la capacidad adaptativa y la conducta social de la población general, son lesionados con la existencia de pronunciados gradientes sociales”.

Siguiendo la idea del autor, y a la luz de nuestros resultados, creemos que la problemática de la inequidad debe ser considerada una cuestión social y no un aspecto individual, en tanto todos los sectores de la sociedad sufrirán las consecuencias de las desigualdades, por ejemplo, en las condiciones de salud que presente el país y en la expectativa de vida de la población.

### **A modo de cierre...**

En este artículo hemos presentado algunos resultados preliminares que revelan diferencias en el estado de salud de los niños de Bariloche. En tal sentido, podemos afirmar que las condiciones de vida guardan relación con el estado de salud, y que en nuestra ciudad existen desigualdades en el estado psicofísico de los niños que pueden vincularse con su nivel socioeconómico.

Las palabras de Gabriela Mistral nos ayudan a replantearnos esta problemática: “Somos culpables de muchos errores y faltas, pero nuestro mayor delito es abandonar a los niños... Muchas cosas pueden esperar. El niño no. Ahora es el momento en que sus huesos se forman, su sangre se constituye y sus sentidos se desarrollan... No le podemos contestar mañana, su nombre es HOY...”. Ojalá estas palabras impulsen

## **Fuentes consultadas**

- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T. y Richter M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science & Medicine*. 66, pp. 1429-1436.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. En URL: [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).
- Torrvalva, T., Cugnasco, I., Manso, M., Sauton, F., Ferrero, M., O'Donnell, A., Duran, P., Carmuenga, E. (1999). Desarrollo mental y motor en los primeros años de vida: su relación con la estimulación ambiental y el nivel socio-económico. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 97 (5), pp. 306-316.
- Viguer Seguí, P. y Serra Desfilis, E. (1996). *Anales de Psicología*. 12 (2), pp. 197-205.

## **Lecturas sugeridas**

- Chesta, M., Lobo, B., Agrelo, F., Carmuenga, E., Sabulsky, J., Durán, P. y Pascual, L.R. (2007). Evaluación antropométrica en niños de la ciudad de Córdoba, año 2000. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 105 (2), pp. 101-108.
- Lejarraga, H. (2008). “Con la inequidad todos pierden”. *Diario La Nación*, 27 de agosto de 2008.
- Lejarraga, H. (2008). La interacción entre genética y medio ambiente. En: H. Lejarraga (Editor), *Desarrollo del niño en contexto*. Paidós, Buenos Aires, Argentina, pp.99-140.
- Sesa, S., Frassoni, A.M., Sabulsky, J. y Agrelo, F. (2001). Análisis longitudinal y comparativo del desarrollo infantil en la ciudad de Córdoba. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 99 (2), pp. 119-126.
- Maldonado de Yankilevich, E.R.L., Dorronsoro de Cattoni, S.T., Cornejo, L.S. y Battellino, L.J. (1993). Distribución de la caries dental en niños preescolares en una región urbana, Argentina. *Revista de Saúde Pública*. 27 (6), pp. 436-444.