

# Un Marco de Inversión para el Cumplimiento de las Metas Globales de Nutrición: Retraso en Crecimiento

Meera Shekar<sup>a</sup>, Jakub Kakietek<sup>a</sup>, Julia Dayton Eberwein<sup>a</sup>, Jon Kweku Akuoku<sup>a</sup>, Audrey Pereira<sup>a</sup>, y Mary D'Alimonte<sup>b</sup>

## Mensajes Centrales

- Alcanzar la meta del retraso en talla es factible pero demanda grandes inversiones muy bien coordinadas enfocadas en las principales intervenciones nutricionales, así como un entorno de políticas propicias.
- La ampliación de las intervenciones de gran impacto en todos los países de renta mediana y baja, junto con las mejoras esperadas en los factores determinantes subyacentes de la malnutrición, podría reducir en un 40% el número de niños con retardo de talla para el año 2025. La ampliación de las intervenciones de gran impacto nutricional necesarias para alcanzar esta meta demanda una inversión de \$49.5 mil millones de dólares en un periodo de 10 años.
- Movilizar recursos adicionales exigirá que gobiernos, donantes y fuentes innovadoras de financiación trabajen en alianza con los países e inviertan \$2.6 mil millones en promedio y que los donantes aporten un monto adicional de \$2.1 mil millones de dólares por año hasta el 2025.
- Esta ampliación en la cobertura de la intervención, junto con mejoras en los factores determinantes subyacentes del retraso en talla, daría como resultado 65 millones de niños sin padecer este flagelo para el 2025 y en este periodo de 10 años, se evitarían unas 2.8 millones de decesos en menores de cinco años.
- Se estima que la ampliación de las intervenciones nutricionales específicas generará unos \$417 mil millones de dólares en beneficios económicos. Por cada \$1 invertido en la reducción del retraso en talla, se generarán más de \$10 en retornos económicos.



## RETRASO EN TALLA - META

**REDUCIR EN UN 40% EL  
RETRASO EN EL CRECIMIENTO  
EN MENORES DE CINCO AÑOS  
PARA EL AÑO 2025**

El retraso en talla no solo se refiere al fracaso de la persona de alcanzar su propio potencial genético en cuanto a la estatura, sino también es un predictor de muchas otras limitaciones del desarrollo, tales como déficits cognitivos y pérdidas de futuras oportunidades económicas. En el año 2012, la Asamblea Mundial de la Salud fijó una meta global para reducir el número de niños menores de cinco años con retraso de talla al 2025 (OMS 2012). Dicha meta fue incluso adoptada como parte de la Meta 2.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Naciones Unidas 2015a).<sup>1</sup> El presente compendio describe los recursos estimados que se requieren de manera urgente y los impactos esperados que la inversión en la reducción del retraso en talla tendría sobre los resultados de nutrición, salud y economía.

<sup>1</sup> La meta del ODS es: "Para 2030 erradicar todas las formas de malnutrición, incluyendo alcanzar en 2025 de los objetivos acordados a nivel internacional sobre retraso en el crecimiento y emaciación o consunción en niños menores de cinco años de edad, y atender las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, y las personas mayores." (Naciones Unidas 2015b).

*Nota:* El presente resumen se basa en el trabajo conjunto de Shekar, Meera, Jakub Kakietek, Julia Dayton Eberwein y Dylan Walters. 2017 titulado Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las Metas Globales de Retraso en Talla, Anemia, Lactancia y Emaciación. Directions in Development. Washington, DC: Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7, disponible en <https://tinyurl.com/InvestmentFrameworkNutrition>. Una citación sugerida para el presente resumen es: Walters, Dylan, Jakub Kakietek, Julia Dayton Eberwein y Meera Shekar. 2017. Un Marco de Inversión para el Cumplimiento de la Meta Global de Nutrición para Retraso en el Crecimiento. Washington, DC: Grupo del Banco Mundial. Todos los montos están dados en dólares estadounidenses.

<sup>a</sup> Grupo del Banco Mundial. <sup>b</sup> Results for Development Institute.

## ¿Por qué se eligió el Retraso en Talla?

El retardo de talla o baja estatura en comparación con la edad (baja altura según la edad) es la principal medición de una desnutrición crónica. El retraso en talla es una excelente representación de la exposición a insultos conductuales y del entorno que sufrirá el niño en los primeros años de vida que limitarán el potencial de desarrollo del individuo. El retraso en talla durante la infancia tiene consecuencias de por vida, no solo para la salud, sino también para el capital humano, la pobreza y la equidad (Victora et al. 2010). Es importante señalar, la desnutrición crónica se puede transmitir a través de un ciclo intergeneracional, cuando las madres malnutridas tienden a procrear hijos con retardo de crecimiento (Aguayo et al. 2016; Ozaltin, Hill y Subramanian 2010). Padecer de retraso en talla en los primeros años de vida guarda una relación con el inicio tardío de los estudios (Daniels y Adair 2004), menor nivel académico (Fink et al. 2016; Martorell et al. 2010), y de manera sustancial menores ingresos de la persona como adulto cuando se hacen mediciones a nivel individual (Hoddinott et al. 2008) y de país (Fink et al. 2016). Un estudio determinó que los niños de corta edad con retraso de talla presentaron un 33% de menos probabilidades de escapar de la pobreza ya como adultos (Hoddinott et al. 2011). Estas consecuencias representan entre el 4% y el 11% de las pérdidas de PIB en África y Asia (Horton y Steckel 2013).

## Las inversiones en Nutrición Forman el Capital Humano e Impulsan Prosperidad Compartida



### EDUCACIÓN

Los programas de nutrición temprana pueden elevar el nivel de completamiento escolar por un año



### INGRESOS

Los programas de nutrición temprana pueden incrementar salarios ya en vida adulta entre un 5% y 50%



### POBREZA

Los niños que superan el retardo de talla tienen 33% mayores posibilidades de salir de la pobreza ya como adultos



### ECONOMÍA

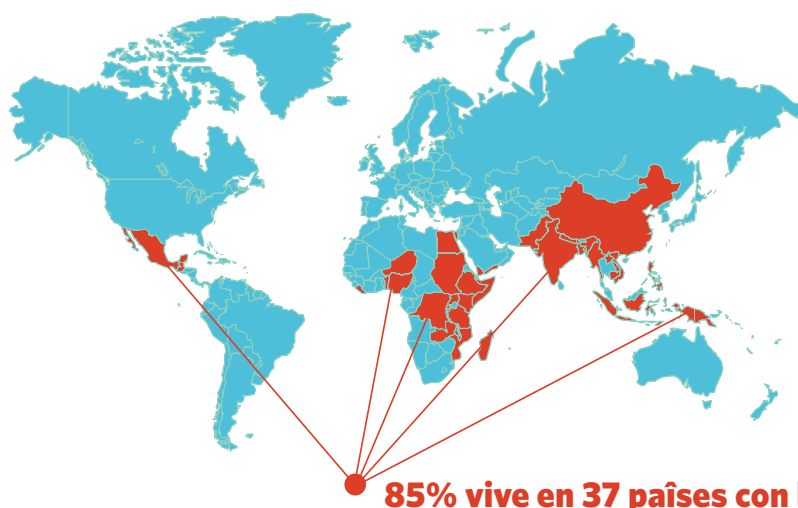
La reducción del retardo en talla puede aumentar el PIB entre 4% y 11% en Asia y África

Fuente de datos: Hoddinott et al. 2011; Hoddinott et al. 2008; Horton y Steckel 2013; Martorell et al.:2010

## Magnitud de Retraso en Talla

Al 2015, 159 millones de niños—o 1 de 4—menores de cinco sufren de retraso en talla, donde la mayor carga se concentra en los países de baja y mediana renta (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015). Si bien la prevalencia mundial del retraso en talla ha declinado desde la década de 1990, aún persisten marcadas diferencias regionales, donde Asia del Sur y África Subsahariana continúan por encima del promedio global, tanto en prevalencia como en el número de niños con retardo de crecimiento.

## Prevalencia Mundial del Retardo en Talla al 2015



**85% vive en 37 países con la más alta carga**

**159 MILLONES  
DE NIÑOS MENORES DE 5  
CON RETARDO DE TALLA  
A NIVEL MUNDIAL**

Fuente: UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2015.

## Invertir en Intervenciones Probadas y Fiables para Cumplir con la Meta Global del Retraso en Talla

Los análisis presentados en Un Marco de Inversión en la Nutrición, se enfocan en siete intervenciones nutricionales específicas de gran impacto, con alta eficacia demostrada para reducir el retraso en talla (Bhutta et al. 2008, 2013). Se estimaron las necesidades financieras de dichas intervenciones en una muestra de 37 países que presentan la carga más alta y los resultados se extrapolaron para todos los países de renta mediana y baja.

Se necesita de una suma adicional de \$49.5 mil millones de dólares, más allá del gasto actual, en un periodo de 10 años para ampliar este paquete de intervenciones diseñado para prevenir el retraso en talla (ver tabla). Comprende \$44.2 mil millones de dólares destinados a la prestación directa de servicios y \$5.3 millardos adicionales asignados al monitoreo & evaluación, formación de capacidades y desarrollo de políticas. La administración de suplementos de zinc y la distribución pública de alimentos complementarios para niños de corta edad representan el 60% de los costos de la intervención. Algunas de estas intervenciones son costosas cuando se aplican a escala, mientras que otras -en especial la administración de suplementos de zinc y la suplementación proteico-energética equilibrada para

### Intervenciones a Ampliar y Necesidades Financieras Totales para Alcanzar la Meta de Reducción del Retraso en Talla

INTERVENCIÓN		NECESIDADES DE FINANCIAMIENTO ADICIONAL 2016-2025 (US\$, MILLONES)	PROPORCIÓN DEL TOTAL (PORCENTAJE)
CONSEJERÍA SOLO PARA EMBARAZADAS Y MADRES DE INFANTES	<b>Suplementos de micronutrientes prenatales</b> Suplementos de hierro y ácido fólico y al menos un micronutriente más administrado por 180 días por embarazo como parte de la atención prenatal	2,309	5%
	<b>Consejería sobre la nutrición de infantes y niños de corta edad</b> Sesiones individuales o grupales de consejería para promover la lactancia materna exclusiva (0 - 5 meses de edad), lactancia continua e introducción oportuna, calidad y cantidad adecuadas de alimentos complementarios para infantes de 6 a 23 meses de edad	6,823	15%
	<b>Suplementación proteico-energética equilibrada para embarazadas.</b> Suplemento nutricional para embarazadas con problemas de inseguridad alimentaria (que viven por debajo de la línea de pobreza de \$1.90/día), distribuido a través de programas comunitarios, instalación de salud o red de seguridad social <sup>a</sup>	6,949	16%
	<b>Tratamiento preventivo intermitente de malaria durante el embarazo en regiones con endemia de malaria</b> Al menos dos dosis de pirimetamina - sulfadoxina administradas durante el embarazo como parte de la atención prenatal	416	1%
PARA INFANTES Y NIÑOS DE CORTA EDAD	<b>Suplementos de vitamina A para infantes</b> Dos dosis al año para niños de 6-59 meses administradas a través de campañas masivas	716	2%
	<b>Administración de suplementos de zinc para infantes</b> 120 paquetes de zinc (10 mg/día) por niño al año para infantes de 6-59 meses de edad; se asume que se distribuirán a través de mecanismos comunitarios similares a los suplementos de micronutrientes en polvo	14,212	32%
	<b>Distribución pública de alimentos complementarios para niños de corta edad</b> Alimentos complementarios para niños de 6 - 23 meses de edad (que viven por debajo de la línea de pobreza de \$1.90/día), entregados a través de programas de nutrición comunitaria o programas públicos existentes de distribución de alimentos o redes de seguridad social	12,750	29%
<b>SUBTOTAL</b>		<b>44,175</b>	<b>100%</b>
Costos del programa (monitoreo y evaluación, fortalecimiento de capacidades y desarrollo de políticas)		5,301	n.a.
<b>TOTAL</b>		<b>49,476</b>	<b>n.a.</b>

Nota: a Desde que se finalizó el presente análisis, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado directrices revisadas que recomiendan esta intervención para mujeres con bajo Índice de Masa Corporal (IMC <20). Las directrices revisadas incluso recomiendan consejería nutricional pero ésta no forma parte de esta intervención en el estudio actual. Ver OMS 2016. n.a. = no aplica.

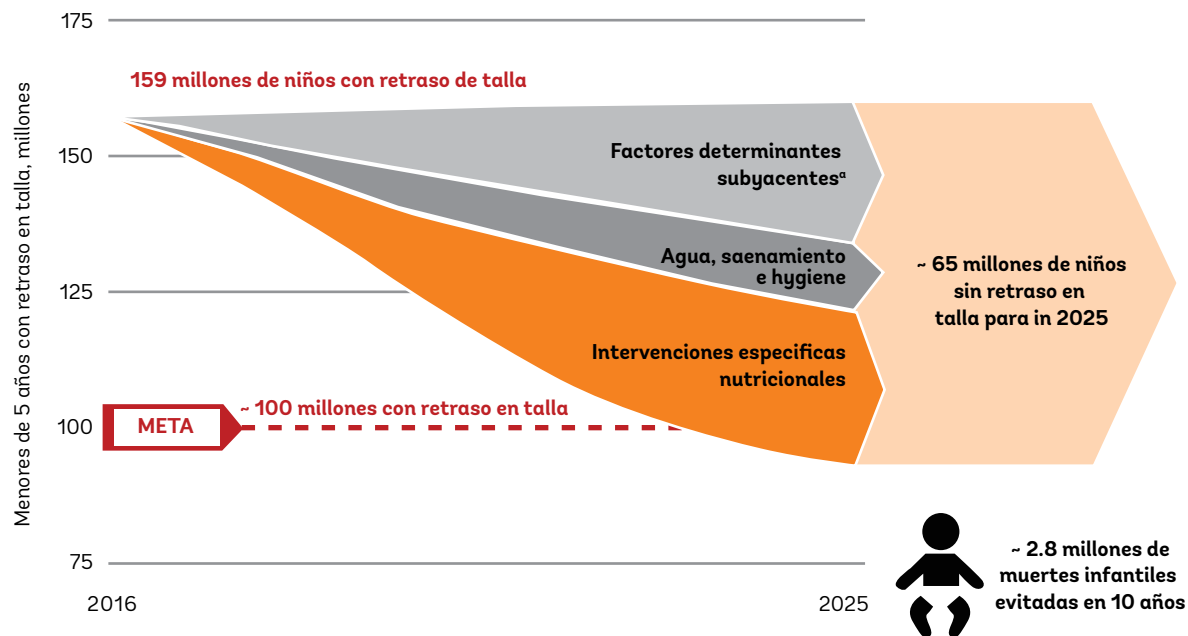
embarazadas—demandan de más investigaciones a fin de entregarlas a escala. Por lo tanto, para llevar a escala las intervenciones, se recomiendan dos escenarios alternos de movilización de recursos, un paquete prioritario y un paquete catalizador de avances, complementados por inversiones adecuadas en investigación y entrega del servicio.<sup>2</sup>

Cerca del 50% de las necesidades financieras mundiales estimadas (\$23.5 mil millones de dólares) se destinará a ampliar las intervenciones de nutrición en el África Subsahariana, dejando a Asia del Sur y a Asia Oriental y el Pacífico, cada una con un poco menos del 20% (\$10.8 mil millones de dólares y \$10.4 mil millones de dólares, respectivamente). Dos países (India y China) representan un cuarto del total global (26.3%) debido a sus vastas poblaciones y grandes cantidades de niños con retraso de talla.

## Los Impactos de Invertir en la Meta del Retraso en Talla

La inversión adicional de \$49.5 mil millones de dólares en un periodo de 10 años, asignada al paquete de intervenciones específicas nutricionales, junto con las inversiones existentes y mejoras proyectadas de los factores determinantes subyacentes de la malnutrición (crecimiento en el PIB per cápita y mejoras en la disponibilidad y diversidad de alimentos, salud/educación/empoderamiento de la mujer) les permitirán a los países lograr significativas reducciones de los casos de retraso en talla. Para el 2025, habrá unos 65 millones de niños sin retardo de crecimiento en los países de renta baja y mediana en comparación con la línea de base del 2015.

### Costos e Impactos de la Ampliación de las Intervenciones por 10 años para Alcanzar la Meta de Reducción del Retraso en Talla



Nota: a. Incluye disponibilidad y diversidad de alimentos, salud/educación/empoderamiento de la mujer.

Se estima que la ampliación de las principales intervenciones específicas de nutrición generará unos \$417 mil millones de dólares en beneficios económicos durante las vidas productivas de los beneficiarios de los países de renta baja y mediana. La mayor parte de los beneficios (98%) se derivarán de las pérdidas cognitivas evitadas en menores

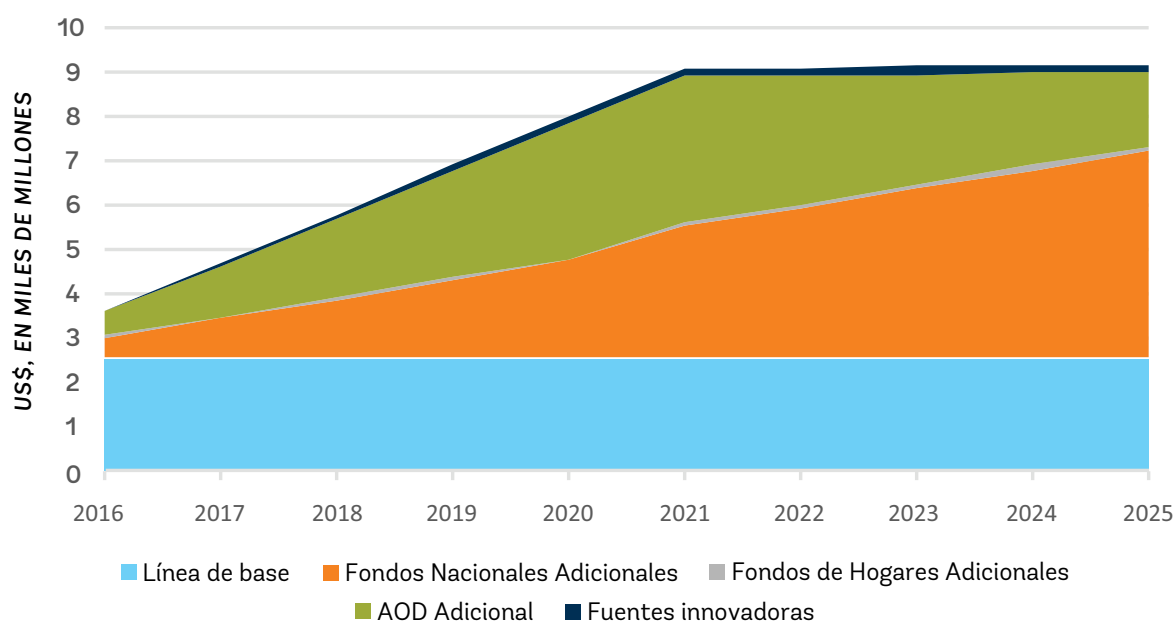
<sup>2</sup> El paquete prioritario consta de Suplementos de micronutrientes prenatales, Consejería sobre la nutrición de infantes y niños de corta edad, Tratamiento preventivo intermitente de malaria durante el embarazo en regiones con endemia de malaria, Suplementos de vitamina A para infantes, Fortificación de harina de trigo y harina de maíz, Suplementos de hierro y ácido fólico para adolescentes en las escuelas, políticas sociales en pro de lactancia y campañas nacionales a favor de la lactancia. El paquete catalizador de avances podría ampliar el paquete prioritario, complementado por una expansión gradual de las demás intervenciones, con la finalidad de mejorar los mecanismos de entrega y ejecución del programa. Para mayor información favor ver: Catalizando el Avance hacia el Cumplimiento de las Metas Globales de Nutrición: tres posibles escenarios de financiación para invertir en la nutrición.

de cinco años y de las resultantes mejoras en su productividad económica. El restante dos por ciento resultará de la prevención de las muertes prematuras gracias a las intervenciones. Al comparar esto beneficios con los costos descontados, se obtiene una proporción de beneficio/costo de 10.5. Es decir, que cada dólar invertido en la reducción del retraso en talla generará más de 10 dólares en retornos económicos.

## Necesidades de Financiación

A pesar de los beneficios económicos y altos retornos derivados de invertir en la reducción del retraso en talla, tanto los montos aportados por los gobiernos como por los donantes son inadecuados. En actualidad, el gasto a nivel mundial destinado a este paquete primario de intervenciones con efectividad demostrada para reducir el retraso en talla asciende a \$2.6 mil millones de dólares—dividido en \$2.2 mil millones aportados por los gobiernos y \$0.4 mil millones, por los donantes. Los \$49.5 millardos adicionales que se necesitan para que en 10 años se alcance la meta global del retraso en talla se podrían movilizar a través de un esfuerzo coordinado entre gobiernos, donantes y mecanismos innovadores de financiamiento como The Power of Nutrition (ver la siguiente figura). Se espera que los gobiernos de los países contribuyan con \$25.5 mil millones de dólares y los donantes, \$21.4 mil millones en un periodo de 10 años, a fin de cumplir con la meta.<sup>3</sup>

### Escenario de Financiación para Movilizar Recursos Requeridos para Alcanzar la Meta Global de Reducción del Retraso en Talla



## El Éxito Global sí es Posible

Aunque el estimado de lo que se necesita para alcanzar la meta global del retraso en talla se hizo con base en supuestos ambiciosos de ampliación, algunos países han demostrado que sí es posible llevar a cabo ampliaciones rápidas de intervenciones nutricionales y que pueden generar aceleradas reducciones en el retraso en talla, aunque la senda de éxito que ha seguido cada país ha sido distinta. Se ha observado una rápida declinación en el retraso en talla en Bangladesh, Etiopía, Ghana, Malawi, Perú, Senegal, Tanzania y Vietnam, entre otros. Por ejemplo, en Perú, el porcentaje de menores de cinco años con retardo de crecimiento pasó del 28% en el 2005 al 14% en el 2014. En Senegal, la prevalencia del retraso en talla en menores de cinco se desplomó del 26.5% en el 2012 al 18.7 en el 2015, a pesar de atravesar un periodo de crecimiento económico desigual.

<sup>3</sup> Los restantes \$2.6 mil millones de dólares se podrían financiar a partir de otras fuentes, incluyendo mecanismos innovadores de financiación y aportes nacionales a favor de algunas intervenciones.

## Un llamado a la Acción

El retraso en talla en los niños es una emergencia silenciosa de una magnitud tan grave como la epidemia del SIDA, afectando a 159 millones de niños, con consecuencias negativas como mayores riesgos de enfermedades y muerte, menores capacidades cognitivas, pobres resultados de aprendizaje y pobreza. Los beneficios derivados de la reducción del retraso en talla compensa por mucho el costo extra, con retornos que exceden \$10 dólares por cada dólar invertido. En vista que nos encontramos en la cúspide de los nuevos ODS, con tasas de pobreza a nivel mundial menores al 10% por vez primera en la historia (Banco Mundial 2015), ahora se nos presenta una oportunidad sin precedentes de salvar vidas infantiles, forjar el capital humano futuro y conducir un crecimiento económico más acelerado para mejorar la nutrición y combatir el flagelo del retardo de crecimiento. El costo es de casi \$50 mil millones de dólares en un periodo de 10 años, pero los costos de quedarse con los brazos cruzados y no hacer nada probablemente sean mucho más altos.

## Agradecimientos

Los resultados acá presentados son producto del esfuerzo conjunto realizado por el Grupo Banco Mundial, Results for Development Institute y 1,000 Days, con el apoyo financiero de la Fundación Bill & Melinda Gates y Children's Investment Fund Foundation.

Para mayor información, visitar: <https://tinyurl.com/InvestmentFrameworkNutrition>

## Referencias Bibliográficas

- Aguiayo, V. M., R. Nair, N. Badgaiyan y V. Krishna. 2016. "Determinants of Stunting and Poor Linear Growth in Children under 2 Years of Age in India: An In-Depth Analysis of Maharashtra's Comprehensive Nutrition Survey." *Maternal & Child Nutrition* 12 (Suppl. 1): 121–40.
- Bhutta, Z. A., T. Ahmed, R. E. Black, S. Cousens, K. Dewey, E. Glugliani, B. A. Haider, B. Kirkwood, S. S. Morris, H. P. S. Sachdev y M. Shekar. 2008. "What Works? Interventions for Maternal and Child Undernutrition and Survival." *The Lancet* 371 (9610): 417–40.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey y R. E. Black. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *The Lancet* 382 (9890): 452–77.
- Daniels, M. C. y L. Adair. 2004. "Growth in Young Filipino Children Predicts Schooling Trajectories through High School." *Journal of Nutrition* 134: 1439–46.
- Fink, G., E. Peet, G. Danaei, K. Andrews, D. C. McCoy, C. R. Sudfeld, M. C. Smith Fawzi, M. Ezzati y W. W. Fawzi. 2016. "Schooling and Wage Income Losses Due to Early-Childhood Growth Faltering in Developing Countries: National, Regional, and Global Estimates." *The American Journal of Clinical Nutrition* 104 (1): 104–12.
- Hoddinott, J., J. A. Maluccio, J. R. Behman, R. Flores y R. Martorell. 2008. "Effect of a Nutrition Intervention during Early Childhood on Economic Productivity in Guatemalan Adults." *Lancet* 371 (9610): 411–16.
- Hoddinott, J., J. Maluccio, J. R. Behrman, R. Martorell, P. Melgar, A. R. Quisumbing, M. Ramirez-Zea, R. D. Stein y K. M. Yount. 2011. "The Consequences of Early Childhood Growth Failure over the Life Course." IFPRI Discussion Paper 01073. International Food Policy Research Institute, Washington, DC.
- Horton, S. and R. Steckel. 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050." In *The Economics of Human Challenges*, editado por B. Lomborg, 247–72. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.

Martorell, R., B. L. Horta, L. S. Adair, A. D. Stein, L. Richter, C. H. D. Fall, S. K. Bhargava, S. K. Dey Biswas, L. Perez, F. C. Barros, C. G. Victora y Consortium on Health Orientated Research in Transitional Societies Group. 2010. "Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries." *The Journal of Nutrition* 140: 348–54.

Ozaltin, E., K. Hill y S. V. Subramanian. 2010. "Association of Maternal Stature with Offspring Mortality, Underweight, and Stunting in Low- to Middle-Income Countries." *JAMA* 303 (15): 1507–16.

Shekar, Meera, Jakub Kakietek, Julia Dayton Eberwein y Dylan Walters. 2017. *Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las Metas Globales de Retraso en Talla, Anemia, Lactancia y Emaciación*. Directions in Development. Washington, DC: Banco Mundial. doi:10.1596/978-1-4648-1010-7

UNICEF, OMS y Banco Mundial (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial). 2015. *Estimaciones Conjuntas de Malnutrición Infantil: Niveles y Tendencias*. Global Database on Child Growth and Malnutrition. <http://www.who.int/nutgrowthdb/estimates2014/en/> (con acceso en octubre del 2015).

Naciones Unidas. 2015a. *Nueva e Histórica Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada por unanimidad por los 193 Estados Miembros de las Naciones Unidas*. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2015/09historic-new-sustainable-development-agenda-unanimously-adopted-by-193-un-members/>

———. 2015b. Objetivo de Desarrollo Sostenible 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria, la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/>

Victora, C. G., M. de Onis, P. C. Hallal, M. Blössner y R. Shrimpton. 2010. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions." *Pediatrics* 125: e473–e80.

OMS (Organización Mundial de la Salud). 2012. *Metas Globales 2025* (con acceso el 1° de diciembre del 2015). [http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/)

———. 2016. *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>

Banco Mundial. 2015. *Global Monitoring Report 2015*. <http://www.worldbank.org/en/publication/global-monitoring-report>, con acceso el 31 de diciembre del 2015.

