

DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y RETRASO EN TALLA

Orientación técnica para la comprensión, medición y respuesta ante la afectación del crecimiento y desarrollo infantil

ASOCIACIÓN DE BANCOS DE ALIMENTOS DE COLOMBIA (ABACO)

Septiembre de 2026

www.abaco.org.co

Alianza por la Nutrición Infantil "Alimentando SUEÑOS"

ABACO
Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia

© ASOCIACIÓN DE BANCOS DE ALIMENTOS DE COLOMBIA (ABACO), 2026
OBRA DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA.
EL PRESENTE TEXTO SE PUEDE REPRODUCIR, FOTOCOPIAR O REPLICAR, TOTAL O PARCIALMENTE, CITANDO LA FUENTE.

Desnutrición crónica infantil y retraso en talla

Orientación técnica para la comprensión, medición y respuesta ante la afectación del crecimiento y desarrollo infantil

Bogotá, D.C., septiembre de 2026.
Editor: Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia — ABACO.

www.abaco.org.co

Autores

JUAN CARLOS BUITRAGO ORTIZ
Director Ejecutivo Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia — ABACO

ANGIE JULIETH SANTAMARÍA GARCÍA
Subdirectora Técnica, ABACO

SARA MÉNDEZ PARÍS
Gerente Alianza por la Nutrición Infantil, ABACO

ANGÉLICA ARROYO CANTILLO
Especialista en Análisis Estadístico, ABACO

SARA LAGOEYTE PARRA
Especialista en Salud y Nutrición Infantil, ABACO

Alianza por la Nutrición Infantil "Alimentando Sueños"

ABACO
Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia

Síntesis ejecutiva

El retraso en talla y la desnutrición crónica infantil están estrechamente relacionados, pero no son sinónimos exactos ni cumplen la misma función técnica. El primero es una clasificación antropométrica del crecimiento lineal, definida por un puntaje Z de longitud o talla para la edad inferior a −2 desviaciones estándar respecto de los Estándares de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud. La segunda es un proceso prolongado de nutrición subóptima que puede comprometer el desarrollo físico, inmunológico y/o neurocognitivo del niño. Se relaciona con la interacción de factores nutricionales, de salud, ambientales, sociales, económicos y de cuidado, por lo que su identificación requiere una valoración integral.

Esta distinción no busca restar importancia al retraso en talla ni negar su relación con procesos de nutrición y salud. Busca evitar dos errores: reducir un fenómeno complejo a una única medición y atribuir, a partir de ella, una causa específica o un diagnóstico individual. Una medición aislada identifica una condición antropométrica; la valoración integral y el seguimiento de la trayectoria de crecimiento permiten comprender mejor sus posibles determinantes, riesgos y necesidades de respuesta.

La orientación es aplicable a la interpretación de indicadores, la vigilancia en salud pública, la atención y el seguimiento de niños y niñas, la focalización territorial y el diseño de intervenciones intersectoriales. En este marco, mantener la denominación “desnutrición crónica infantil” en las políticas públicas resulta técnicamente consistente, pues nombra el problema de salud y desarrollo que se busca prevenir y atender integralmente, mientras que “retraso en talla” conserva su función como indicador antropométrico central para su seguimiento.

1. Propósito y alcance de la orientación

La desnutrición crónica infantil constituye un problema de salud pública de carácter multicausal, asociado a condiciones prolongadas que pueden afectar el crecimiento y el desarrollo durante la primera infancia. En Colombia, el concepto se ha utilizado ampliamente para referirse al retraso en talla o talla baja para la edad. Sin embargo, desde una perspectiva científica y epidemiológica, es necesario diferenciar entre la condición antropométrica observable y la interpretación etiológica, clínica o de salud pública que puede derivarse de ella.

Esta precisión es relevante para la interpretación de los indicadores antropométricos, la vigilancia en salud pública, la valoración clínica y nutricional, el seguimiento de las trayectorias de crecimiento y del desarrollo, la focalización territorial y el diseño de respuestas intersectoriales. Una medición antropométrica aislada permite identificar que un niño o niña presenta una talla inferior a la esperada para su edad, pero no permite, por sí sola, establecer la causa de dicha condición ni atribuirla exclusivamente a una deficiencia nutricional.

El propósito de esta orientación es ofrecer un marco común para comprender la relación entre retraso en talla y desnutrición crónica infantil, precisar los alcances y límites de cada concepto y derivar implicaciones para la medición, la interpretación, la prevención, el seguimiento y la respuesta pública. No reemplaza la valoración clínica individual ni pretende fijar un protocolo asistencial.

2. El fenómeno de salud pública trasciende una medición antropométrica

2.1 Crecimiento lineal, salud y desarrollo

El crecimiento lineal es el resultado de la interacción de múltiples factores a lo largo del tiempo. La alimentación y la nutrición, las enfermedades e infecciones, las condiciones maternas y prenatales, el agua y saneamiento, la seguridad alimentaria, el acceso a servicios de salud, las prácticas de cuidado y crianza, las condiciones socioeconómicas y ambientales y otros determinantes sociales influyen conjuntamente en la trayectoria de crecimiento de niños y niñas.

Por esta razón, una alteración del crecimiento lineal no debe entenderse como el efecto mecánico de una única carencia ni como un atributo aislado del niño o niña. Prendergast y Humphrey describen el *stunting* como un síndrome asociado a múltiples procesos patológicos y ambientales. En consecuencia, la respuesta pública requiere comprender las interacciones entre nutrición, salud, cuidado y entorno, y no limitarse a observar un único resultado antropométrico.

Fuentes: *Prendergast & Humphrey (2014); de Pee (2017); Vaivada et al. (2020).*

2.2 Lo que una medición permite conocer y lo que no permite concluir

La antropometría es una herramienta fundamental para evaluar el crecimiento y orientar decisiones clínicas y de salud pública. Una medición de longitud o talla para la edad permite identificar si el crecimiento lineal observado se encuentra por debajo del patrón esperado para la edad y el sexo. Sin embargo, por sí sola no permite establecer la causa de la condición observada, determinar si una exposición adversa continúa activa, ni sustituir una valoración integral del estado de salud y nutrición.

El contexto clínico, nutricional, familiar, social y ambiental es indispensable para interpretar la talla baja. Esto es especialmente importante en territorios y grupos poblacionales que afrontan desigualdades históricas o barreras específicas de acceso a alimentación adecuada, servicios de salud, agua segura, saneamiento y otros derechos. Considerar el contexto no implica relativizar los estándares de crecimiento; implica evitar interpretaciones causales automáticas y orientar respuestas pertinentes.

Fuentes: *World Health Organization Working Group (1986); World Health Organization (1995).*

3. Cinco niveles para una lectura técnicamente precisa

La discusión se vuelve más clara cuando se distinguen los niveles en los cuales opera cada concepto. Esta separación permite usar cada indicador para la función que realmente puede cumplir, sin perder de vista el problema de salud y desarrollo que demanda una respuesta pública.

Nivel	Concepto	Qué permite establecer	Alcance y límite
Medición	Longitud o talla para la edad	Mide el crecimiento lineal en relación con la edad y el sexo.	Describe una relación antropométrica; no establece causas.

Nivel	Concepto	Qué permite establecer	Alcance y límite
Clasificación	Talla o longitud para la edad < −2 DE	Identifica el retraso en talla según el punto de corte de la OMS.	Clasifica una condición antropométrica; no equivale por sí sola a un diagnóstico causal individual.
Interpretación integral	Valoración clínica, nutricional y contextual	Permite analizar riesgos, posibles determinantes y necesidades del niño o niña.	Requiere información adicional y seguimiento, no solo una medición puntual.
Salud pública	Desnutrición crónica infantil	Organiza la comprensión de un problema multicausal de salud y desarrollo.	No debe usarse como inferencia automática a partir de una sola medición.
Respuesta	Prevención, detección temprana, atención y acción intersectorial	Orienta acciones sobre causas, riesgos, trayectorias y consecuencias.	Exige indicadores múltiples, coordinación institucional y enfoque territorial.

3.1 Retraso en talla como clasificación antropométrica

El retraso en talla (*stunting*) es, fundamentalmente, una clasificación antropométrica del tamaño lineal alcanzado. Según los Estándares de Crecimiento Infantil de la OMS, se considera que un niño o niña presenta retraso en talla cuando su longitud o talla para la edad se encuentra por debajo de −2 desviaciones estándar respecto de la mediana de los estándares. El indicador permite identificar una afectación del crecimiento lineal y estimar su magnitud en la población.

La Resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social emplea el retraso en talla dentro de la clasificación antropométrica del estado nutricional. Esta referencia normativa respalda la utilidad de reservar este término para la medición y clasificación antropométrica, sin exigir que agote la comprensión del problema de salud pública.

Fuentes: *World Health Organization; Ministerio de Salud y Protección Social (2016).*

3.2 Desnutrición crónica infantil como categoría de salud pública

La desnutrición crónica infantil puede entenderse como un problema de salud y desarrollo de origen multicausal, vinculado a exposiciones prolongadas a condiciones adversas de nutrición, salud, cuidado y entorno durante periodos críticos del crecimiento y desarrollo. De Pee la describe como un proceso prolongado de nutrición subóptima, del cual el *stunting* constituye un indicador principal en el nivel poblacional. Vaivada y colaboradores reconocen igualmente el *stunting* como un indicador físico, visible y cuantificable de la desnutrición crónica infantil. Sin embargo, esta relación no implica que el retraso en talla permita, por sí solo, establecer una causa nutricional ni confirmar un diagnóstico etiológico individual de desnutrición crónica.

Esta categoría es útil para la acción pública porque integra el fenómeno observado con la necesidad de prevenirlo antes de que se consolide, identificar riesgos tempranos, intervenir sus determinantes y valorar

consecuencias que pueden exceder la talla. Su uso no desconoce las precauciones de la antropometría: por el contrario, obliga a evaluar de manera diferenciada el crecimiento y el desarrollo, sin confundir el indicador con una explicación total del problema ni atribuir automáticamente una causa nutricional a las alteraciones observadas.

Fuentes: *de Pee (2017); Vaivada et al. (2020); Perumal, Bassani & Roth (2018).*

3.3 Relación entre ambos conceptos

Existe una amplia tradición científica y programática que utiliza *stunting*, retraso en talla y desnutrición crónica como equivalentes. No obstante, la literatura ha advertido que esta equivalencia puede transformar una clasificación antropométrica en una explicación causal automática. La formulación técnicamente más útil no es negar su estrecha relación, sino asignarles funciones distintas: "retraso en talla" nombra la condición antropométrica; "desnutrición crónica infantil" nombra el problema de salud pública que convoca la prevención y la respuesta integral.

Fuentes: *Perumal, Bassani & Roth (2018); Scheffler, Bogin & Hermanussen (2021).*

4. De la medición a la interpretación integral

4.1 Aportes históricos de Waterlow y de la OMS

Waterlow planteó la necesidad de diferenciar peso y talla como indicadores que aportan información distinta sobre el estado y la historia del crecimiento. Distinguió entre *wasting* o emaciación, relacionado con déficit de peso respecto de la talla, y *stunting* o retraso en talla, relacionado con talla baja respecto de la edad. Esta diferenciación sentó las bases para no tratar todos los indicadores antropométricos como si describieran el mismo proceso.

El Grupo de Trabajo de la OMS de 1986 profundizó la cautela interpretativa: denominar "desnutrición crónica" al retraso en talla supone pasar de una observación antropométrica a una inferencia sobre causa y temporalidad. Una talla baja en un momento determinado no demuestra, por sí sola, desnutrición activa ni permite concluir que las exposiciones que pudieron afectar el crecimiento continúan presentes. La evolución conceptual, en la que Waterlow participó como presidente del Grupo de Trabajo, no elimina la necesidad de prevenir el problema; delimita con mayor precisión lo que puede afirmarse a partir de la medición.

Fuentes: *Waterlow (1972); World Health Organization Working Group (1986).*

4.2 La trayectoria de crecimiento ofrece información adicional

Una medición aislada proporciona menos información que el seguimiento sistemático de la trayectoria de crecimiento. Dos niños o niñas pueden presentar retraso en talla a los 24 meses, pero haber llegado a ese punto por trayectorias distintas: uno puede mostrar un descenso sostenido y reciente; otro, una condición baja pero estable desde meses previos. La clasificación antropométrica es la misma, pero las preguntas de valoración, prevención y seguimiento pueden ser diferentes.

Edad	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses
Niño A Talla para la edad	−0,5 DE	−1,2 DE	−1,8 DE	−2,3 DE
Niño B Talla para la edad	−2,3 DE	−2,3 DE	−2,2 DE	−2,2 DE

Los indicadores basados exclusivamente en el cruce de un umbral, como talla o longitud para la edad inferior a −2 DE, deben interpretarse con cautela en estudios longitudinales. Roth, Watson y Bassani señalan que pueden verse influidos por cambios en la distribución poblacional, variabilidad de las mediciones y regresión a la media. Por ello, el análisis de trayectorias de crecimiento complementa la clasificación y favorece la detección oportuna de señales de deterioro.

Fuentes: *Roth, Watson & Bassani (2025).*

5. Implicaciones para la respuesta en salud pública

5.1 Prevención y detección temprana

Una respuesta preventiva no debe comenzar únicamente cuando un niño o niña cruza el punto de corte de −2 DE. El deterioro nutricional, del crecimiento y/o del desarrollo puede ocurrir gradualmente, y un niño o niña puede encontrarse por debajo de su potencial de crecimiento y/o desarrollo aun sin cumplir el criterio de retraso en talla. Por ello, la prevención requiere observar riesgos, condiciones de vida y señales de alteración de las trayectorias, además de la clasificación antropométrica ya establecida.

Fuentes: *de Pee (2017).*

5.2 Valoración integral y seguimiento

La identificación de una talla baja debe activar una valoración integral y no una atribución causal automática. La respuesta debe considerar, según corresponda, las mediciones longitudinales de peso, longitud o talla y edad; la clasificación antropométrica; la evolución de las trayectorias de crecimiento; la evolución de las trayectorias del desarrollo; los factores de riesgo y determinantes relevantes; la valoración clínica y nutricional; las intervenciones realizadas y la respuesta a estas.

Este enfoque permite que la vigilancia y la atención avancen desde el conteo de casos hacia un modelo de detección temprana, intervención y seguimiento. También facilita distinguir entre la medición como señal de alerta y las decisiones clínicas, nutricionales o sociales que requieren información adicional.

5.3 Intervención multisectorial

Las causas directas y subyacentes de la desnutrición crónica infantil incluyen nutrición insuficiente, enfermedad e infección, inseguridad alimentaria, condiciones inadecuadas de higiene, agua y saneamiento, acceso limitado a servicios de salud y prácticas de cuidado. Estas condiciones están atravesadas por factores económicos, políticos, climáticos y de género. La evidencia sobre los países que han logrado reducciones importantes de la desnutrición crónica infantil muestra contribuciones combinadas de intervenciones directas e indirectas, como reducción de pobreza, educación y empoderamiento de niñas y mujeres, nutrición materna, planificación familiar y acciones de agua, saneamiento e higiene.

En consecuencia, la respuesta debe articular sectores y niveles de gobierno, y combinar acciones de prevención, atención y garantía progresiva de condiciones que protejan el crecimiento y desarrollo infantil. Un único indicador no puede representar por sí solo el desempeño de ese conjunto de acciones.

Fuentes: *de Pee (2017); Vaivada et al. (2020); Bhutta et al. (2025).*

5.4 Seguimiento del resultado y de sus determinantes

El éxito de las intervenciones no puede valorarse exclusivamente mediante la reducción de la prevalencia del retraso en talla. Una intervención puede mejorar la alimentación, el estado de micronutrientes, la morbilidad, el desarrollo cognitivo o la nutrición materna sin producir de inmediato un cambio sustancial en la talla. Por esta razón, el seguimiento debe combinar indicadores de crecimiento lineal con indicadores de alimentación, desarrollo, enfermedad, infección, nutrición materna y determinantes subyacentes.

Esta mirada reconoce que prevenir la desnutrición crónica infantil es también una inversión en salud, educación, productividad y capital humano. La evidencia de cohortes prospectivas relaciona la desnutrición materna e infantil con menor talla adulta, menor escolaridad y menor productividad económica; estudios recientes documentan costos relevantes del *stunting* para el sector privado en países de ingresos bajos y medios.

Fuentes: *de Pee (2017); Victora et al. (2008); Akseer et al. (2022).*

6. Enfoque del problema desde la perspectiva de la política pública

La política pública debe orientarse a la prevención, detección y manejo integral de la desnutrición crónica infantil, entendida como un problema de salud y desarrollo de carácter multicausal. El “retraso en talla” debe conservar su función como clasificación antropométrica e indicador poblacional central para identificar afectaciones del crecimiento lineal, estimar su magnitud y realizar seguimiento.

Esta distinción permite formular acciones que no estén limitadas a responder al resultado observable una vez se ha alcanzado un punto de corte antropométrico, sino que actúe sobre los riesgos, determinantes, trayectorias de desarrollo y consecuencias asociados. En consecuencia, habilita intervenciones oportunas y articuladas desde la salud, la nutrición, la seguridad alimentaria, el agua y saneamiento, el cuidado, la protección social y otros sectores relevantes.

Este enfoque tampoco supone atribuir a cada niño o niña con retraso en talla una causa nutricional única, ni asumir que presenta desnutrición activa o las mismas necesidades de atención. Por el contrario, reconoce la heterogeneidad y multicausalidad del fenómeno, y orienta respuestas integrales ajustadas a las condiciones de cada niño, familia y territorio.

Lo anterior implica no establecer una equivalencia absoluta entre “desnutrición crónica infantil”, “retraso en talla” y “talla baja”. Es necesario distinguir el problema de salud pública de su principal indicador antropométrico poblacional:

Desnutrición crónica infantil

Proceso prolongado de nutrición subóptima que puede comprometer el desarrollo físico, inmunológico y neurocognitivo del niño. Se relaciona con la interacción de factores nutricionales, de salud, ambientales,

sociales, económicos y de cuidado, por lo que su identificación requiere una valoración integral y seguimiento longitudinal.

Retraso en talla para la edad

Condición antropométrica caracterizada por un puntaje Z del indicador longitud o talla para la edad inferior a −2 desviaciones estándar respecto de la mediana de los Estándares de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud. Constituye un indicador de afectación del crecimiento lineal y debe interpretarse en conjunto con las trayectorias de crecimiento y las condiciones clínicas, nutricionales, sociales y ambientales del niño o niña.

6.1 Sistema de vigilancia y seguimiento

Incorporar la desnutrición crónica infantil como objeto de vigilancia y seguimiento implica adoptar un modelo que no se limite a contabilizar cuántos niños y niñas presentan retraso en talla. Aunque este constituye un indicador antropométrico indispensable para estimar la magnitud de la afectación del crecimiento lineal, por sí solo no permite comprender las trayectorias de crecimiento, las del desarrollo, los factores asociados ni las necesidades de prevención y atención.

Cuando sea técnicamente viable, el sistema debería registrar mediciones longitudinales, puntajes Z de longitud o talla para la edad, clasificación antropométrica, evolución de las trayectorias de crecimiento, de las trayectorias del desarrollo, factores de riesgo y determinantes relevantes, valoración clínica y nutricional integral, intervenciones realizadas, seguimiento de la respuesta y desagregación territorial y poblacional.

Este enfoque fortalece la detección temprana y vincula los resultados antropométricos con acciones de prevención, atención y gestión intersectorial. Asimismo, permite monitorear de manera más completa los avances frente a la desnutrición crónica infantil, sin confundir el seguimiento de un indicador con la totalidad del problema ni con los objetivos de la respuesta pública.

7. Conclusión técnica

El retraso en talla y la desnutrición crónica infantil están estrechamente relacionados, pero no deben tratarse como conceptos absolutamente equivalentes. El retraso en talla es una clasificación antropométrica objetiva del crecimiento lineal, definida mediante un puntaje Z de longitud o talla para la edad inferior a −2 desviaciones estándar. La desnutrición crónica infantil, en cambio, es una categoría de salud pública que permite abordar condiciones prolongadas y multicausales que pueden afectar el crecimiento y el desarrollo infantil.

Esta distinción mejora la interpretación de datos, evita atribuciones causales automáticas, orienta la valoración integral y el seguimiento de trayectorias, y exige una respuesta preventiva e intersectorial. También permite que la Política Nacional conserve una denominación acorde con la amplitud del problema que busca transformar, mientras utiliza el retraso en talla como un indicador central —pero no único— para vigilar la afectación del crecimiento lineal y valorar sus avances.

Referencias bibliográficas

Akseer, N., Tasic, H., Nnachebe Onah, M., Wigle, J., Rajakumar, R., Sanchez-Hernandez, D., Akuoku, J., Black, R. E., Horta, B. L., Nwuneli, N., Shine, R., Wazny, K., Japra, N., Shekar, M., & Hoddinott, J. (2022). Economic costs of childhood stunting to the private sector in low- and middle-income countries. EClinicalMedicine, 45, 101320. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101320

Bhutta, Z. A., Islam, M., Gaffey, M. F., Victora, C. G., Menon, P., Katz, J., Horton, S. E., Yearwood, J., & Black, R. E. (2025). What works for reducing stunting in low-income and middle-income countries? Cumulative learnings from the Global Stunting Exemplars Project. The American Journal of Clinical Nutrition, 121(Suppl. 1), S113-S128. https://doi.org/10.1016/j.ajcnut.2025.03.004

de Pee, S. (2017). Chronic malnutrition. In C. D. Karakochuk, K. C. Whitfield, T. J. Green, & K. Kraemer (Eds.), The biology of the first 1,000 days (pp. 221-236). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781315152950-15

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Resolución 2465 de 2016. Artículo 4 y anexo técnico, numerales 1.1.2 y 1.1.3. Texto oficial disponible en el Normograma de la Superintendencia Nacional de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Resolución 3280 de 2018. Anexo técnico para la primera infancia, numerales 1.5.2 y 1.6. Consultar el texto consolidado y sus modificaciones aplicables.

Perumal, N., Bassani, D. G., & Roth, D. E. (2018). Use and misuse of stunting as a measure of child health. The Journal of Nutrition, 148(3), 311-315. https://doi.org/10.1093/jn/nxx064

Prendergast, A. J., & Humphrey, J. H. (2014). The stunting syndrome in developing countries. Paediatrics and International Child Health, 34(4), 250-265. https://doi.org/10.1179/2046905514Y.0000000158

Roth, D. E., Watson, K. M., & Bassani, D. G. (2025). Stunting incidence and reversal as metrics of postnatal linear growth faltering in low- and middle-income countries: a critical appraisal and simulation study. BMJ Open, 15, e097286. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097286

Scheffler, C., Bogin, B., & Hermanussen, M. (2021). Catch-up growth is a better indicator of undernutrition than thresholds for stunting. Public Health Nutrition, 24(1), 52-61. https://doi.org/10.1017/S1368980020003067

Vaivada, T., Akseer, N., Akseer, S., Somaskandan, A., Stefopulos, M., & Bhutta, Z. A. (2020). Stunting in childhood: An overview of global burden, trends, determinants, and drivers of decline. The American Journal of Clinical Nutrition, 112(Suppl. 2), 777S-791S. https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa159

Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., & Sachdev, H. S. (2008). Maternal and child undernutrition: Consequences for adult health and human capital. The Lancet, 371, 340-357. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4

Waterlow, J. C. (1972). Classification and definition of protein-calorie malnutrition. British Medical Journal, 3(5826), 566-569. https://doi.org/10.1136/bmj.3.5826.566

World Health Organization. (1995). Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006). WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: Methods and development. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/924154693X

World Health Organization Working Group. (1986). Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. Bulletin of the World Health Organization, 64(6), 929-941.



Alianza por la Nutrición Infantil "Alimentando SUEÑOS"

ABACO
Asociación de Bancos de Alimentos de Colombia

ASOCIACIÓN DE BANCOS DE ALIMENTOS DE COLOMBIA (ABACO)

Bogotá, D.C.

www.abaco.org.co