



Aplicación de resoluciones y decisiones

Nutrición del lactante y del niño pequeño

El presente texto complementa el documento EB101/10, parte XI, que ofrece una evaluación más amplia de las formas más graves de malnutrición infantil, los progresos realizados en su reducción y las medidas adoptadas por los Estados Miembros y la OMS en respuesta, entre otras cosas, a las resoluciones WHA33.32 (1980), EB97.R13 (1996) y WHA49.15 (1996).

ÍNDICE

	Página
Antecedentes	2
Malnutrición proteinoenergética	2
Malnutrición de micronutrientes	4
Alimentación del lactante y del niño pequeño	6
Exceso de peso y obesidad infantil	9
Nutrición en emergencias	9

ANTECEDENTES

1. La malnutrición proteinoenergética, la carencia de yodo, la carencia de vitamina A, la anemia y otras enfermedades carenciales específicas siguen afectando a casi un tercio de los lactantes y niños pequeños, con los consiguientes retrasos del crecimiento y del desarrollo físico, lesiones cerebrales, ceguera, discapacidad y muerte. Tras declarar inaceptables el hambre y la malnutrición en la Conferencia Internacional sobre Nutrición (Roma, 1992), los gobiernos alcanzaron un nuevo consenso mundial sobre su naturaleza y sus múltiples causas, y sobre las urgentes medidas necesarias para prevenir, reducir y en última instancia eliminar la malnutrición. Se han acordado nueve metas para el año 2000 (véase *infra*), junto con nueve esferas de acción estratégica; las responsabilidades de los Estados Miembros y de la comunidad internacional se detallan en la Declaración Mundial y Plan de Acción para la Nutrición.¹ Desde entonces, no menos de 140 Estados Miembros han preparado programas de nutrición, o los han reforzado, utilizando como proyecto común la Declaración y el Plan; el consecuente aumento del compromiso y de los recursos para mejorar la nutrición infantil se evidencian a escala nacional, regional y mundial.

LAS NUEVE METAS DE LA DECLARACIÓN MUNDIAL SOBRE NUTRICIÓN (Roma 1992)

Como base del Plan de Acción para la Nutrición y como orientación para la formulación de planes de acción nacionales, que incluyan el establecimiento de metas y objetivos ponderables en plazos determinados, prometemos (los Ministros y Plenipotenciarios) hacer todo lo posible para eliminar antes del fin de este decenio:

- El hambre y las muertes por hambre.
- La inanición y las enfermedades por carencias nutricionales en comunidades afectadas por catástrofes tanto naturales como de origen humano.
- Las carencias de yodo y vitamina A.

Prometemos también reducir considerablemente en el curso de este decenio:

- La inanición y el hambre crónica generalizada.
- La desnutrición, especialmente entre los niños, las mujeres y los ancianos.
- Otras importantes carencias de micronutrientes, incluido el hierro.
- Las enfermedades transmisibles y no transmisibles relacionadas con la alimentación.
- Los impedimentos sociales y de otra índole a una lactancia materna óptima.
- El saneamiento inadecuado y la falta de higiene, incluido el uso de agua no potable.

MALNUTRICIÓN PROTEINOENERGÉTICA

2. Los progresos mundiales son lentos y del todo inadecuados, habida cuenta de la meta de reducir en un 50% para el año 2000 los niveles de prevalencia de 1990. Se estima que en la actualidad 168 millones de niños de menos de cinco años de edad, es decir, más de una cuarta parte (27%) de los niños de este grupo de edad, siguen estando malnutridos en términos de peso para la edad. No obstante, ello representa claramente un avance significativo en relación con los cerca de 200 millones de niños - una prevalencia bastante superior al tercio (36%) - que estaban malnutridos en 1975.

¹ Adoptada en su totalidad por la Asamblea de la Salud en 1993 (resolución WHA46.7).

3. En algunas regiones - por ejemplo, África - el número efectivo de niños malnutridos de hecho ha aumentado con la población. Los desastres naturales, las guerras, los conflictos civiles y los desplazamientos de población no han hecho sino exacerbar la situación; no obstante, mientras que el 21% se encuentra en África y sólo el 3% en América Latina, más de tres cuartas partes siguen viviendo en Asia (especialmente en Asia meridional).

4. La morbilidad y mortalidad asociadas son trágicas, y puede atribuírseles más de la mitad (el 54%) de los 12 millones de defunciones que se producen anualmente entre los niños de menos de cinco años de edad en los países en desarrollo, la reducción de la actividad física, el descenso de la resistencia a las infecciones (especialmente a enfermedades diarreicas y respiratorias, y al sarampión) y el deterioro del desarrollo intelectual y de la capacidad cognitiva.

Retraso del crecimiento intrauterino

5. La malnutrición fetal, medida en términos de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) es un importante problema clínico y de salud pública en los países en desarrollo, donde se estima que afecta a 30 millones de recién nacidos cada año (24%), según el primer estudio en profundidad¹ de la magnitud y distribución geográfica mundiales del RCIU, basado en los datos de 106 países en desarrollo. Cuando se comparan las incidencias regionales estimadas, utilizando el indicador más tradicional del RCIU en niños nacidos a término (<2500 g a las ≥ 37 semanas de gestación), están afectados el 11% de los recién nacidos de los países en desarrollo, en comparación con alrededor del 2% en los países desarrollados. La mayoría (casi el 75%) se encuentran en Asia.

6. En los países en desarrollo el determinante principal del RCIU es la malnutrición materna, caracterizada por un bajo aumento de peso gestacional, bajo índice de masa corporal pregestacional y baja estatura materna. La anemia materna, las infecciones gastrointestinales y respiratorias, el paludismo y el tabaquismo son también factores etiológicos importantes. Las tasas elevadas de RCIU deben interpretarse como una alarma sanitaria urgente de riesgo de malnutrición y de morbilidad de las mujeres en edad de procrear y no sólo como un indicador de alto riesgo para los recién nacidos.

Actividades emprendidas y progresos realizados

7. La alta prevalencia mundial de la malnutrición proteinoenergética oculta los notables éxitos que se están logrando gracias a los considerables recursos que un número sustancial de Estados Miembros asignan a la lucha contra la malnutrición y las causas subyacentes; en una reciente muestra de 60 países en desarrollo, 25 evidencian una mejora mensurable del estado de nutrición infantil, con un descenso de las tasas de malnutrición proteinoenergética, a saber, 6 países sobre 25 en África, 9 sobre 19 en América Latina, 4 sobre 5 en el Mediterráneo Oriental, 3 sobre 6 en Asia Sudoriental y 3 sobre 5 en el Pacífico Occidental.

8. En junio de 1997, 134 Estados Miembros (70%) habían establecido, revisado o reforzado sus programas nacionales, adaptando la Declaración Mundial y Plan de Acción a sus necesidades específicas: inclusión de objetivos nutricionales en las políticas de desarrollo; mejora de la alimentación infantil y de la calidad e inocuidad de los alimentos; atención a los grupos vulnerables, como los refugiados; eliminación de la malnutrición de micronutrientes; prevención de la obesidad e institucionalización de la vigilancia.

9. La colaboración con otros organismos de las Naciones Unidas, por ejemplo la FAO, el UNICEF, el ACNUR, la UNU y el PMA, es también intensa a nivel de país, regional y de Sede; el Subcomité de Nutrición del CAC armoniza las actividades interorganismos en materia de nutrición: 29 centros colaboradores de la OMS y las redes regionales de investigación siguen desempeñando una importante función.

¹ de Onís M., Blössner M., Villar J. Levels and patterns of intrauterine growth retardation in developing countries. *European Journal of Clinical Nutrition*, noviembre de 1997. En este contexto el RCIU se define como un peso inferior al percentil 10 de la curva de referencia del peso al nacer para la edad estacional.

10. La OMS apoya a los Estados Miembros, en primer lugar, técnica y financieramente, formulando y aplicando políticas y programas nacionales, en especial en los países menos adelantados con altas tasas de malnutrición; y, en segundo lugar, mediante el establecimiento y la difusión de patrones, metodología y requisitos científicos, criterios de evaluación y directrices. Ambos enfoques se centran en seis sectores, todos ellos de importancia capital para el bienestar nutricional de los lactantes y los niños pequeños: la malnutrición proteinoenergética, la malnutrición de micronutrientes, la alimentación del lactante y del niño pequeño; la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimenticio; las políticas y planes de acción nacionales para la nutrición y la nutrición en emergencias.

11. A mediados de 1997 la OMS había facilitado a 162 Estados Miembros apoyo técnico y financiero específicamente para fortalecer los planes nacionales de nutrición y había organizado 23 reuniones regionales, la mayoría en colaboración con la FAO y el UNICEF, para ayudar a los países a determinar los factores que intervienen en la mejora nutricional, acelerar la reducción de la malnutrición y fortalecer los programas nacionales de nutrición. Se ha transmitido al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y a la Asamblea General un informe conjunto FAO/OMS¹ sobre los progresos y las actividades mundiales, presentado al Subcomité de Nutrición del CAC en marzo de 1997.

Formulación de un nuevo patrón internacional de crecimiento

12. A la vista de los graves problemas técnicos que plantea el patrón de referencia que la OMS ha estado recomendando para uso internacional desde finales de los años setenta, la Organización ha iniciado un estudio de cuatro años, en colaboración con la Universidad de las Naciones Unidas y otras instituciones internacionales y nacionales, que abarca América del Norte y del Sur, Europa, África subsahariana y Asia oriental, meridional y occidental. Se prevé que las nuevas curvas de crecimiento que se obtengan, basadas en lactantes amamantados y en niños pequeños sanos, sirvan en el futuro durante muchos años.

MALNUTRICIÓN DE MICRONUTRIENTES

13. Los **trastornos causados por la carencia de yodo (TCY)** son la mayor causa prevenible de lesión cerebral del feto y del lactante y de retraso del desarrollo psicomotor en los niños pequeños. Entre las afecciones patológicas consecutivas de la carencia de yodo se cuentan el cretinismo, la sordomudez, el estrabismo, la diplejía espástica, el retraso mental, el enanismo, las muertes prenatales, las anomalías congénitas y el aumento de la mortalidad perinatal. Se estima que más de 900 millones de personas (lactantes, niños y adultos), más de la mitad de ellos (52%), en Asia, sufren bocio, y que entre 16 y 17 millones de personas sufren cretinismo; otros 50 millones sufren formas menos graves, pero mensurables, de lesión cerebral debida a la carencia de yodo.

14. Ha habido, no obstante, un espectacular avance en la reducción de los TCY, en gran medida gracias a la yodación de la sal: mientras que en 1990 sólo 46 países de los 118 en los que constaba que los TCY constituían un problema importante de salud pública disponían de programas de yodación de la sal, en 1995 disponían de ellos 83 países, y la mayoría de los restantes 35 estaban tomando medidas para determinar la magnitud de los TCY y su importancia en la salud pública. Desde 1990, 72 países han realizado encuestas iniciales o de seguimiento y muchos han establecido sistemas nacionales de vigilancia. Argelia, la Argentina, Bolivia, el Brasil, Camerún, Chile, Costa Rica, el Irán (República Islámica del), Tailandia y Zimbabwe han alcanzado en estos últimos cinco años la meta de la eliminación, o se están aproximando rápidamente a ella.

15. La OMS con, en particular, el UNICEF y el Consejo Internacional para la Lucha contra los Trastornos por Carencia de Yodo, ha prestado apoyo técnico y financiero a los Estados Miembros para el establecimiento y la

¹ *Joint FAO/WHO Progress Report on the Implementation of the ICN World Declaration and Plan of Action for Nutrition*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, y Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 1996.

vigilancia de los programas nacionales de lucha contra los TCY. Las actividades normativas consistieron en la realización de consultas técnicas para preparar declaraciones y directrices sobre el uso inocuo del aceite yodado durante el embarazo¹ y la recomendación de valores normativos sobre el volumen del tiroides en los niños.² Una reunión consultiva de expertos (Ginebra, 1996) examinó los resultados de un estudio de siete países coordinado por la OMS sobre yodación de la sal e hipertiroidismo inducido por el yodo en África y formuló nuevas directrices sobre los niveles recomendados de yodo en la sal.³

16. La **carencia de vitamina A** entre los niños de los países en desarrollo sigue siendo la causa principal de deficiencia visual grave y de ceguera prevenibles, y contribuye de manera significativa a las infecciones graves y a las defunciones, en particular por diarrea y sarampión. Cerca de tres millones de niños de menos de cinco años de edad presentan actualmente signos de xeroftalmia clínica, y otros 250 millones de niños sufren carencia de vitamina A, con un aumento del riesgo de infección y de defunción. La información disponible sugiere que 76 países tienen problemas de carencia clínica o subclínica de vitamina A; África tiene la mayor prevalencia, mientras que las cifras más altas de personas afectadas clínicamente y de individuos en riesgo se dan en Asia Sudoriental. No obstante, hay signos alentadores de que está disminuyendo la carencia grave de vitamina A, en particular en algunas partes de Asia. El apoyo técnico de la OMS a los Estados Miembros para evaluar, reducir y prevenir la carencia prosiguió en colaboración con el UNICEF, USAID, la Iniciativa sobre Micronutrientes (Ottawa, Canadá) y el Grupo Consultivo Internacional sobre la Vitamina A. Acaba de ultimarse un ensayo coordinado por la OMS para evaluar la repercusión en la morbilidad de la suplementación con vitamina A; se convocó en junio de 1996 una reunión consultiva de expertos sobre dosificación inocua de la vitamina A durante el embarazo y la lactancia, y sus recomendaciones⁴ se han difundido ampliamente; y se han publicado unas pautas de dosificación y directrices revisadas para los suplementos de vitamina A.⁵

17. Los efectos de la **carencia de hierro** y la **anemia** comprenden el aumento de la mortalidad materna y del recién nacido, el deterioro del desarrollo y de la función inmunitaria y la reducción de la capacidad de aprendizaje y de trabajo. Se estima que afectan a unos 2000 millones de personas en los países desarrollados y en desarrollo y constituyen un obstáculo principal al desarrollo tanto individual como nacional. Un reciente análisis mundial de la OMS ha mostrado que el 31% de los niños de menos de cinco años de edad de los países en desarrollo son también anémicos, en su mayoría debido a carencia de hierro. Las causas principales son la baja ingesta de hierro en la alimentación y la escasa biodisponibilidad del hierro alimentario, seguido de las infecciones y las infestaciones por parásitos intestinales. Otros factores importantes son la pobreza, las prácticas inadecuadas de alimentación infantil, el analfabetismo y las políticas de alimentación inadecuadas. Se está preparando un documento en el que se presentan indicadores de evaluación y estrategias de prevención.⁶

¹ Véase: Safe use of iodized oil to prevent iodine deficiency in pregnant women. A statement by the World Health Organization. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1996, **74**(1): 1-3.

² Recommended normative values for thyroid volume in children aged 6-15 years. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1997, **75**(2): 95-97.

³ Véase: «Recommend iodine levels in salt and guidelines for monitoring their adequacy and effectiveness». Documento en offset inédito WHO/NUT/96.13; puede solicitarse al Programa de Alimentos y Nutrición, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27, Suiza.

⁴ «Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation» (documento inédito NUT/96.14).

⁵ *Vitamin A supplements: a guide to their use in the treatment and prevention of vitamin A deficiency and of vitamin A deficiency xerophthalmia*. Segunda edición. OMS, Ginebra, 1997 (edición en español en preparación).

⁶ «Iron deficiency: indicators for assessment and strategies for prevention» (documento WHO/NUT/96.12).

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

18. La OMS apoya los esfuerzos de los Estados Miembros para proteger y promover la lactancia natural por medio de programas técnicos a nivel de país, regional y mundial, y con el UNICEF y otros organismos de las Naciones Unidas, centros colaboradores de la OMS y las organizaciones no gubernamentales.

Lactancia natural

19. Según el banco de datos mundial de la OMS sobre lactancia natural, con datos de 94 países, siguen siendo bajas las tasas de lactancia natural exclusiva; se estima que el 35% de los lactantes se alimentan únicamente de leche materna en algún momento entre el nacimiento y los cuatro meses de edad.¹ A medida que en los países en desarrollo y desarrollados se conocen mejor sus ventajas, son más los Estados Miembros que toman medidas para proteger y promover la lactancia natural, y aumentan las tasas; por ejemplo, en Australia, el Canadá, China, el Irán (República Islámica del), Malí, Noruega, Polonia, Suecia, Tailandia, Zambia y Zimbabwe, pero con demasiada frecuencia, en los países donde la malnutrición y la mortalidad son elevadas las tasas siguen siendo bajas. Pese a las ventajas que ofrece frente a la lactancia artificial, en la mejora de la función cognitiva, de la protección contra las alergias, contra las infecciones bacterianas y víricas y frente al riesgo de los contaminantes, así como ante los excesos o carencias de nutrientes debidas a una preparación inadecuada de los alimentos artificiales, muchos países, especialmente europeos, siguen teniendo tasas de lactancia natural bajas, si bien éstas mejoran lentamente (por ejemplo, España, Francia, Irlanda, Italia, Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suiza).

20. La **Declaración de Innocenti** (1990) y sus cuatro metas operacionales² han contribuido significativamente a aumentar las tasas de lactancia natural en muchos países y al establecimiento e integración de estrategias nacionales de lactancia natural en las políticas sanitarias y de desarrollo generales. Los resultados de una reciente encuesta de la OMS muestran que más de 130 Estados Miembros han establecido comités de lactancia natural (si bien no todos se consideran fidedignos y multisectoriales); 118 conceden al menos 12 semanas de licencia de maternidad para al menos algunas madres; y la **Iniciativa «hospitales amigos del niño»**, lanzada en 1992, opera ahora en 171 países, habiendo aumentado el número de esos hospitales desde unos 4300 en 1995 hasta cerca de 11 000 a mediados de 1997.

21. La contribución de la OMS a la Iniciativa comprende el fomento, la difusión de información y la producción de material de formación y de instrumentos de vigilancia y de evaluación. Se hace hincapié en la formación y la evaluación, para asegurar la credibilidad e integridad sostenidas de la Iniciativa y hacerla «amiga de la madre y del niño». La formación de los profesionales sanitarios y del personal hospitalario es un elemento central de la «lucha integrada contra las enfermedades de la infancia». Se han preparado y ensayado planes de estudio y se han organizado cursos.³

22. **Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y alimentación del lactante.** La OMS colaboró con el ONUSIDA y el UNICEF en una declaración de política.⁴ Se están preparando directrices específicas al respecto (un juego para los profesionales sanitarios y otro para las instancias normativas y decisoras).

¹ «WHO global data bank on breast-feeding» (documento WHO/NUT/96.1).

² Un coordinador nacional de lactancia materna y un comité multisectorial sobre esa materia; que todas las maternidades sean «amigas del niño»; tomar medidas para poner en práctica los principios y propósitos del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; promulgar leyes que protejan el derecho de las trabajadoras a amamantar y adoptar medidas que aseguren su cumplimiento.

³ «Breastfeeding counselling: a training course» (documentos WHO/CDR/93.3-93.6) disponibles en árabe, francés, inglés, portugués y ruso; y «Promoting breast-feeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers» (documento WHO/NUT/96.3) disponible en francés, inglés y ruso (árabe y español en preparación).

⁴ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *HIV and infant feeding*. Ginebra, 1996.

23. **Enseñanza de la medicina.** Se han evaluado los libros de texto en inglés, francés y español utilizados por las principales escuelas de medicina.¹ En estrecha colaboración con Wellstart International se está integrando un curso sobre gestión de la lactancia en la enseñanza previa al servicio que se imparte a médicos, enfermeras y otros profesionales sanitarios.

Alimentación complementaria

24. La malnutrición del lactante y el niño pequeño, el retraso del crecimiento y la morbilidad y mortalidad están estrechamente asociadas en muchos países a prácticas frecuentemente inadecuadas de alimentación complementaria; se introducen a menudo demasiado pronto (en los países en desarrollo y desarrollados) o demasiado tarde (en los países en desarrollo) alimentos nutricionalmente inadecuados, y con frecuencia contaminados. La OMS está intensificando su apoyo técnico a los Estados Miembros para ayudar a mejorar esas prácticas, por ejemplo, por medio de la «lucha integrada contra las enfermedades de la infancia». La OMS ha organizado talleres sobre prácticas de alimentación complementaria en las Regiones de África (1994) y del Mediterráneo Oriental (1995), mientras que algunos Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental han concedido prioridad a las investigaciones sobre ese tema. La OMS, con el apoyo del UNICEF y de USAID, comisionó un examen de amplio alcance² y más tarde convocó una reunión consultiva de centros colaboradores en materia de nutrición (Ginebra, diciembre de 1996) para planificar las investigaciones operativas. Se están preparando directrices para el personal sanitario, en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, y está asimismo en curso un estudio sobre alimentación complementaria, micronutrientes y crecimiento infantil.

Progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

25. Desde la adopción del Código en 1981, 158 Estados Miembros - en total un 83% - han notificado a la OMS la adopción de medidas para llevar a efecto, en todo o en parte, los principios y el objetivo del Código (cuadro 1).

CUADRO 1. ESTADOS MIEMBROS QUE HAN NOTIFICADO LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PARA LLEVAR A EFECTO EL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, 1981-1998

Región de la OMS	Estados Miembros	Estados Miembros notificantes	% de los Estados Miembros	Territorios notificantes
África	46	38	83	
Las Américas	35	34	97	6
Asia Sudoriental	10	8	80	
Europa	51	31	61	
Mediterráneo Oriental	22	21	95	
Pacífico Occidental	27	26	96	6
Total	191	158	83	12

¹ Véase: *An evaluation of the breastfeeding content of selected medical textbooks*. Institute for Reproductive Health, Universidad de Georgetown, Washington, D.C., 1997.

² OMS, UNICEF, ORSTOM, Universidad de California en Davis. «Complementary feeding of young children in developing countries: a review of current scientific knowledge» (documento WHO/NUT/98.1), en prensa.

26. Si bien la Región de Europa tiene la proporción más baja (61%) de Estados Miembros notificantes, hay que señalar que la mayoría de los 23 Estados Miembros nuevos que se han unido a la OMS entre 1991 y 1997 - muchos de los cuales afrontan graves dificultades sociales y económicas - se encuentran en esa Región.

27. Desde el último informe del Director General,¹ 31 Estados Miembros² - ocho de los cuales se mencionan por primera vez - es decir, un total de 58 Estados Miembros desde 1994, han adoptado nuevas medidas, predominantemente legislativas, para:

- **fortalecer las medidas existentes** para llevar a efecto el Código a la luz de las nuevas circunstancias, por ejemplo, la Argentina, Australia, Malasia, Mozambique, Nueva Zelandia, Polonia, Singapur, Suecia, Suiza y Tailandia;
- **ampliar el campo de acción**, para incluir **todos** los alimentos comerciales para lactantes, por ejemplo, la Argentina, Australia, Bahrein, Botswana, Costa Rica, Madagascar, Malasia, Senegal, Suecia y Viet Nam - y a veces para niños de más edad (de uno a tres años), por ejemplo, Mozambique y la República Unida de Tanzania. Frecuentemente, ello incluye explícitamente las preparaciones de seguimiento, no disponibles de modo general cuando se adoptó el Código en 1981, pero que se mencionan en una resolución posterior (resolución WHA39.28);
- **fortalecer la vigilancia**, señalando a la atención pública las infracciones cometidas por los fabricantes y distribuidores e imponiendo sanciones, por ejemplo, la Argentina, Australia, Bahrein, Bangladesh, los Emiratos Árabes Unidos, Malasia, Nueva Zelandia, Omán, el Senegal, Suiza y Tailandia;
- **entregar preparaciones para lactantes con fines sociales**: se están definiendo explícitamente, por ejemplo en Bahrein, Botswana, Madagascar y la República Unida de Tanzania, las circunstancias precisas en las que pueden entregarse suministros genuinos para atender las necesidades nutricionales a largo plazo de lactantes que tienen que alimentarse con sucedáneos de la leche materna, por ejemplo, en orfanatos;
- **prohibir la distribución de muestras** al público general y a las madres como instrumento de promoción, por ejemplo, Côte d'Ivoire, Honduras, Madagascar, Mozambique, Polonia, la República Dominicana, el Senegal, Trinidad y Tabago, y los 15 miembros³ de la Unión Europea, de conformidad con la Directiva Europea 91/321/EEC.

28. La OMS ha preparado un marco de examen y evaluación⁴ para ayudar a la determinación de las actividades que los gobiernos han realizado o están realizando para llevar a efecto el Código y de los factores que han facilitado o entorpecido las actividades, evaluar sus repercusiones y formular las recomendaciones apropiadas. Se mantiene la actividad de las organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales al respecto. Por ejemplo, el Centro Internacional de Documentación sobre el Código publicó un manual de enseñanza⁵ para sus

¹ Documento A49/4, parte VIII.

² **África:** Botswana, Madagascar, Mauritania, Mozambique, Namibia, Seychelles, Togo y Zimbabwe; **las Américas:** Argentina, Belice, Honduras, Nicaragua y Trinidad y Tabago; **Asia Sudoriental:** Bangladesh e India; **Europa:** Austria, Polonia y Suecia; **Mediterráneo Oriental:** Chipre, Djibouti, Irán (República Islámica del) y Arabia Saudita; **Pacífico Occidental:** Australia, Camboya, China, Islas Marshall, Nueva Zelandia, Niue, Palau, Singapur y Tonga.

³ Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, Suecia.

⁴ «The International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: a common review and evaluation framework» (documento WHO/NUT/96.2) disponible en árabe, en francés y en inglés (ruso en preparación).

⁵ Sokol E. *The Code handbook. A guide to implementing the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes.* Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, P.O. Box 19, 10700 Penang, Malasia, 1997.

cursos de formación en aplicación del Código, que incluye una ley modelo y textos legislativos y de otra índole de 12 países que han aplicado el Código.

29. La OMS insta a que las medidas nacionales adoptadas para llevar a efecto el Código Internacional contengan definiciones claras, que se comuniquen a todas las partes y que éstas las entiendan; procedimientos transparentes de vigilancia y notificación para determinar si las violaciones presuntas contravienen las medidas nacionales; y una autoridad de vigilancia establecida bajo la responsabilidad del gobierno.

EXCESO DE PESO Y OBESIDAD INFANTIL

30. La obesidad infantil y sus consecuencias son un problema mundial en ciernes.¹ Los datos de 79 países en desarrollo y de varios países industrializados sugieren que, para los patrones de la OMS (>+2 DE por encima del peso para la estatura mediano de referencia), unos 22 millones de niños de menos de cinco años de edad tienen exceso de peso.

31. La obesidad afecta a casi un 10% de los escolares en los países industrializados, como el Japón, los Estados Unidos de América y algunos países europeos, pero también están apareciendo tasas elevadas en Argelia, la Argentina, Chile, Egipto, Indonesia, Kiribati, Marruecos, el Perú, Sudáfrica y países del Caribe. Un 30% de los niños obesos acaban siendo adultos obesos.

32. La obesidad es también un factor de riesgo significativo en una variedad de enfermedades y afecciones no transmisibles graves, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus, diversas formas de cáncer, y otras enfermedades gastrointestinales y hepáticas, venas varicosas, colecistopatía y otros problemas sanitarios graves, así como en los accidentes. Recientemente, la OMS organizó una importante reunión consultiva para examinar la morbilidad y mortalidad asociadas, con miras a preparar directrices para los Estados Miembros sobre prevención y tratamiento de la obesidad.²

NUTRICIÓN EN EMERGENCIAS

33. Prestar atención a las decenas de millones de personas en situación de emergencia es un problema humanitario mundial que recibe alta prioridad, pues frecuentemente sufren elevadas tasas de malnutrición y son más vulnerables, especialmente los lactantes y los niños pequeños. La OMS sigue colaborando con el ACNUR, el PMA y las organizaciones no gubernamentales en esfuerzos colectivos de evaluación, reducción y prevención de la malnutrición entre esos grupos. Sigue siendo muy elevada la demanda de orientación técnica de la OMS sobre patrones, criterios y metodologías de evaluación y necesidades de nutrientes en nombre de ese grupo. En respuesta a la resolución WHA47.5, la OMS ha preparado unos principios de orientación. Antes de su publicación, en 1998, se ha difundido ampliamente una primera versión³ para que se formulen observaciones en el seno de la comunidad internacional interesada en la nutrición y las operaciones de socorro. Están a punto de publicarse dos manuales generales sobre gestión de la nutrición en las emergencias importantes⁴ y sobre tratamiento y gestión de la malnutrición grave.⁵ Se están preparando revisiones sobre el diagnóstico y tratamiento del escorbuto, el beriberi y la pelagra. Después de la celebración de un taller interpaíses sobre gestión de la

¹ La falta de un patrón común de medida (por ejemplo, > percentil 85, >120% del peso para la estatura, >+2 DE (desviaciones estándar) por encima del peso para la estatura mediano de referencia) para definir el exceso de peso en los niños y los adolescentes ha dificultado la evaluación de su magnitud.

² «Obesity: preventing and managing the global epidemic». Informe de la Reunión Consultiva de la OMS sobre Obesidad, Ginebra, 3-5 de junio de 1997 (documento inédito WHO/NUT/97.2).

³ «Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies» (documento inédito NUT/97.3).

⁴ *Management of nutrition in major emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

⁵ *Treatment and management of severe malnutrition*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

nutrición en las emergencias (Eritrea, 1996), se proyectó una reunión consultiva mixta OMS/ACNUR sobre atención a las personas nutricionalmente vulnerables durante las emergencias (Roma, diciembre de 1997). El ACNUR y otros organismos utilizan ampliamente tres manuales prácticos de la OMS sobre evaluación nutricional en las emergencias,¹ necesidades de nutrición en las emergencias,² y atención en materia de alimentación y nutrición en las emergencias.³ En una reunión consultiva que organizó la OMS en octubre de 1997 se examinaron medidas de investigación aplicada para la nutrición en emergencias y estrategias para su aplicación.

= = =

¹ Nutritional assessment in emergencies. A summary of WHO-proposed indicators, reference values and key references. De: *Management of nutrition in major emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

² Nutritional requirements in emergencies. De: *Management of nutrition in major emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).

³ Food and nutritional care in emergencies. A summary of WHO-proposed guidelines. De: *Management of nutrition in major emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa).