



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONSEJO EJECUTIVO
113ª reunión
Punto 8.7 del orden del día provisional

EB113/38 Rev.2
19 de enero de 2004

Nutrición del lactante y del niño pequeño y progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Informe de la Secretaría

1. En la resolución WHA55.19 se reafirma el compromiso con la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. La OMS no sólo contribuye al esfuerzo colectivo, sino que su labor encaminada al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio forma parte integrante de sus actividades básicas.¹ El logro de los objetivos y metas relacionados con la salud, en particular la erradicación de la pobreza extrema y del hambre, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud materna, depende mucho de que se reduzca la malnutrición, que es directa o indirectamente responsable del 54% de los 10,8 millones de defunciones anuales de menores de cinco años de edad (véase la figura). En recientes Asambleas de la Salud se ha expresado honda preocupación por la persistencia de un gran número de lactantes y niños pequeños insuficientemente alimentados y se ha instado a los Estados Miembros a velar por la plena cobertura de la población de madres, neonatos, niños y adolescentes con intervenciones de reconocida eficacia.²

2. En el presente documento se resume la situación de la carga mundial de malnutrición de lactantes y niños pequeños y se informa sobre los progresos realizados para proteger, promover y apoyar una alimentación apropiada de los lactantes y niños pequeños y aplicar el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.³

MALNUTRICIÓN PROTEINOENERGÉTICA

3. A nivel mundial, en el decenio de 1990-2000, se ha registrado una reducción moderada de la malnutrición infantil mientras que la prevalencia de insuficiencia ponderal ha disminuido de 26,5% a 22,4% (véase el cuadro 1). La reducción mayor se ha observado en Asia, donde los niveles de insuficiencia ponderal han bajado de 35,1% a 27,9%, pero Asia centromeridional sigue padeciendo

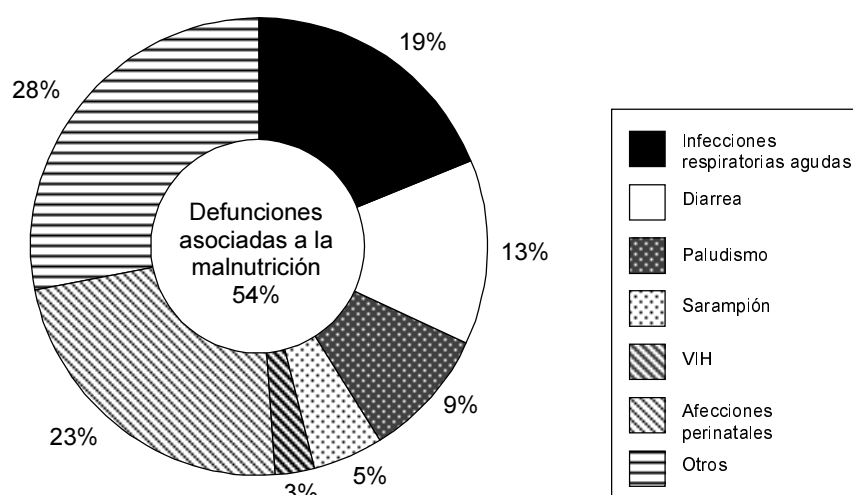
¹ Véase el documento A56/11.

² Respectivamente, resoluciones WHA54.2 (2001) y WHA55.25 (2002) sobre la nutrición del lactante y del niño pequeño, y WHA56.21 (2003) sobre la estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente.

³ Este informe se presenta de conformidad con la resolución WHA33.32 y el artículo 11.7 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.

niveles asombrosamente elevados de malnutrición infantil pese a una reducción considerable de la prevalencia de insuficiencia ponderal durante ese mismo periodo. También se han registrado mejoras sustanciales en América Latina y el Caribe, donde la frecuencia de insuficiencia ponderal acusó una disminución relativa de una tercera parte (del 9% al 6%). En África prácticamente no se han producido cambios; la proporción de menores de cinco años de edad con peso inferior al normal se ha mantenido en un 25% aproximadamente, mientras que su número ha aumentado de 26 millones a 32 millones. Las proyecciones para 2005 apuntan a una reducción de la prevalencia en todas las regiones con excepción de África.

Distribución de 10,8 millones de defunciones anuales de menores de cinco años de edad en países en desarrollo, 2001



Fuentes:

Sobre la mortalidad por causas específicas: EIP/OMS

Sobre la malnutrición: Pelletier DL, et al. *American Journal of Public Health* 1993, 83:1130-1133 y EIP/WHO.

WHO 03.205

4. Los 30 millones de niños que nacen anualmente con insuficiencia ponderal (el 23,8% del total de nacimientos) suelen padecer graves consecuencias de salud en el corto y el largo plazo (véase el párrafo 23). Aunque la prevalencia mundial está disminuyendo lentamente, en muchos países en desarrollo llega al 30%. Para ayudar a los países a ocuparse de este importante problema de salud pública, la OMS está elaborando una estrategia mundial de promoción de un crecimiento fetal óptimo para presentarla a los órganos deliberantes en 2005.¹

MALNUTRICIÓN POR DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES

5. Las deficiencias de vitaminas y minerales contribuyen a provocar afecciones que representan aproximadamente un 7,3% de la carga mundial total de morbilidad. Las deficiencias de yodo, vitamina A y hierro constituyen las principales formas de malnutrición de micronutrientes y, en conjunto, afectan

¹ El proceso abarca las reuniones de un grupo consultivo sobre nutrición materna e insuficiencia ponderal, una consulta técnica para formular una estrategia mundial de promoción de un crecimiento fetal óptimo (Ginebra, 25-27 de noviembre de 2003) y consultas regionales sobre el proyecto de estrategia previstas para 2004.

a más de 4500 millones de personas en el mundo; la deficiencia de hierro es la más extendida y afecta a unos 2000 millones de personas aproximadamente (entre las cuales figuran uno de cada tres niños); 1900 millones de personas tienen deficiencia de yodo; y 250 millones de preescolares y 20 millones de embarazadas sufren deficiencia de vitamina A (véase el cuadro 2).¹ Como la dieta de la mayor parte de los niños pequeños de países de bajos ingresos es pobre en hierro, zinc y vitamina B₆,² las estrategias para reducir la malnutrición por deficiencia de micronutrientes se deben concentrar en los dos primeros años de vida.

CUADRO 1. TENDENCIAS REGIONALES Y MUNDIALES EFECTIVAS Y PREVISTAS (1990-2005) DE INSUFICIENCIA PONDERAL^a (PREVALENCIA Y NÚMERO DE NIÑOS AFECTADOS)

Region ^b	1990	1995	2000	2005
	millones (%)	millones (%)	millones (%)	millones (%)
África	25,8 (24,0)	28,5 (24,5)	32,0 (25,0)	35,9 (25,6)
Septentrional	1,6 (9,5)	1,3 (8,1)	1,1 (6,9)	1,0 (5,9)
Subsahariana	24,1 (26,8)	27,2 (27,3)	30,9 (27,7)	35,0 (28,2)
Asia	131,9 (35,1)	116,3 (31,5)	101,2 (27,9)	89,2 (24,8)
Oriental	23,1 (18,5)	14,5 (13,2)	9,5 (9,3)	6,1 (6,5)
Centromeridional	86,0 (49,6)	80,9 (45,2)	73,4 (40,8)	67,1 (36,5)
Sudoriental	20,2 (35,2)	18,1 (31,2)	15,5 (27,4)	13,2 (23,9)
Occidental	2,7 (12,9)	2,8 (12,1)	2,8 (11,3)	2,7 (10,6)
América Latina y el Caribe	4,8 (8,7)	4,0 (7,3)	3,4 (6,1)	2,8 (5,0)
Países en desarrollo	162,6 (30,2)	148,9 (27,5)	136,6 (25,0)	128,0 (23,0)
Países desarrollados	1,2 (1,6)	1,0 (1,4)	0,8 (1,3)	0,7 (1,1)
Total	163,8 (26,5)	149,9 (24,4)	137,4 (22,4)	128,7 (20,8)

^a La insuficiencia ponderal se define como una talla para la edad inferior a -2 desviaciones estándar de la mediana de referencia internacional del National Center for Health Statistics/OMS.

^b Los países se han agrupado de acuerdo con el sistema de clasificación regional de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/mi_worldregn.asp).

Fuente: WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition, 2003.

6. En el último decenio se han hecho progresos considerables para controlar la **deficiencia de yodo**, que es la principal causa de deficiencia mental prevenible y da lugar a un mal desempeño escolar y una capacidad de trabajo reducida. El número de países afectados ha disminuido a la mitad

¹ Véase también *WHO micronutrient deficiency information system* en: http://www.who.int/nut/db_mdms.htm.

² Dewey KG, Brown KH. Update on technical issues concerning complementary feeding of young children in developing countries and implications for programs. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, **24**(1):5-28.

desde 1993, y el 68% de las familias del mundo consumen ahora sal yodada. Sin embargo, la deficiencia de yodo sigue constituyendo un problema de salud pública en 54 países. Para contribuir a la eliminación de los trastornos por carencia de yodo, especialmente merced a la sostenibilidad de las medidas de control y a una vigilancia eficaz, la OMS ha ideado un sistema de evaluación de los programas nacionales y ha establecido una red de laboratorios regionales especializados.

7. La **deficiencia de vitamina A**, que es la principal causa prevenible de ceguera infantil y un factor muy importante de riesgo para la salud, sigue constituyendo un grave problema de salud pública en 118 países. La estrategia para controlarla abarca la diversificación de la dieta, la administración de suplementos, la fortificación de los alimentos y medidas de salud pública tales como la promoción de la lactancia natural, el control de las infecciones de la infancia y la distribución de suplementos de vitamina A (en asociación con las visitas a niños enfermos y los días nacionales de inmunización contra la poliomielitis, la distribución de dichos suplementos ha permitido prevenir aproximadamente 1,25 millones de defunciones desde 1998). Ante la inminencia de la erradicación de la poliomielitis, el desafío radica en encontrar otras maneras de continuar la distribución de vitamina A, por ejemplo a través de los servicios de inmunización sistemática. La OMS está coordinando evaluaciones de la seguridad y los beneficios de combinar estas actividades durante el primer año de vida.

CUADRO 2. POBLACIONES AFECTADAS POR TRES DEFICIENCIAS MUY IMPORTANTES DE MICRONUTRIENTES, POR REGIONES DE LA OMS

Región de la OMS	Deficiencia de yodo ^a		Deficiencia de vitamina A		Deficiencia de hierro ^b (anemia)	
	Población total		Preescolares		Población total	
	millones	%	millones	%	millones	%
África	254,4	47,6	52,0	49	293,5	46
Las Américas	75,0	14,1	0,06	20	142,7	19
Asia Sudoriental	624,0	39,9	125,5	69	777,5	57
Europa	436,0	59,9	-	-	86	10
Mediterráneo Oriental	228,4	55,4	16,1	22	183,6	45
Pacífico Occidental	261,1	19,7	42,1	27	598,1	38
Total	1 878,5	36,9	251,3	42	2 031,7	37

^a La deficiencia de yodo se define como una concentración mediana de yodo en la orina inferior a 100 µg/l.

^b Basada en la concentración de hemoglobina.

Fuente: OMS, Micronutrient Deficiency Information System: global prevalence of iodine deficiency, 2003; global prevalence of vitamin A deficiency, 1995; global prevalence of anaemia and iron deficiency, 1990-1995.

8. Los efectos más graves de la **deficiencia de hierro** y la **anemia** son una mayor mortalidad materna e infantil, pero las consecuencias en el desarrollo del niño y la productividad laboral también son importantes. En los países en desarrollo, donde la incidencia de anemia es máxima entre los niños

de 12 a 24 meses de edad,¹ la compleja etiología de la deficiencia de hierro, complicada por factores contribuyentes tales como el paludismo y las helmintiasis, así como por otras deficiencias nutricionales, requiere un conjunto integrado de intervenciones que combatan las enfermedades transmisibles y mejoren la salud y la nutrición maternoinfantiles.

9. Es reciente el reconocimiento de la **deficiencia de zinc** como problema de salud pública entre niños pequeños de países en desarrollo,² y de los beneficios de la administración de suplementos de zinc para reducir la incidencia de neumonía y los episodios de diarrea grave y la duración de ésta. En la India y Zanzíbar (República Unida de Tanzania) prosiguen los estudios apoyados por la OMS para cuantificar los efectos de la administración de suplementos de zinc en la mortalidad infantil.

LA NUTRICIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA Y EL TRATAMIENTO DE LA MALNUTRICIÓN GRAVE

10. En la actualidad, las situaciones de emergencia importantes afectan a casi 40 millones de personas, entre ellas 5,8 millones de menores de cinco años de edad, en 55 países. Para hacer frente a la malnutrición infantil debida a deficiencias de la alimentación, la atención y los servicios de salud, que son tan comunes en esas circunstancias, la OMS presta apoyo técnico a los gobiernos y organismos de socorro que operan en el Afganistán, el África austral, Etiopía, el Iraq, Liberia y la Ribera Occidental y la Faja de Gaza. Las directrices y normas pertinentes comprenden el manejo de la nutrición en situaciones de emergencia³ y la promoción de una alimentación óptima de los lactantes y niños pequeños.⁴

11. Aunque la mediana de la tasa de letalidad de la malnutrición grave en menores de cinco años oscila en general entre un 30% y un 50%, es posible reducirla sustancialmente si se tienen en cuenta las modificaciones fisiológicas y metabólicas que conlleva la malnutrición grave. Las tasas disminuyen a menos del 5% en los centros de tratamiento que aplican el plan recomendado por la OMS para tratar a niños gravemente malnutridos en entornos hospitalarios.⁵ Para adiestrar a los trabajadores de salud a fin de que puedan aplicarlo, la OMS ha ideado un curso⁶ que, con ayuda de interlocutores institucionales de Bangladesh, Chile, Gambia, Malawi y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, se impartió en 25 países de las Regiones de África, Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental.

¹ Fuente: *Demographic and Health Surveys*, 1996-2001.

² Caulfield L., Black RE. Zinc deficiency. En: Ezzati M. et al. (eds.) *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of diseases attributable to selected major risk factors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (en prensa).

³ *The management of nutrition in major emergencies*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000; *Infant feeding in emergencies. Module 1 for emergency relief staff*. WHO, UNICEF, LINKAGES, IBFAN and additional contributors. Dublin, Emergency Nutrition Network, 2001.

⁴ Documento WHA55/2002/REC/1, anexo 2, y *Promoting optimal feeding of infants and young children during emergencies, with special reference to the situation in Iraq* (http://www.who.int/nut/documents/emerg_feeding_iraq.pdf). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

⁵ *Tratamiento de la malnutrición grave: manual para médicos y otros profesionales sanitarios superiores*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999; *Management of the child with a serious infection or severe malnutrition* (documento WHO/FCH/CAH/00.1).

⁶ Training course on the management of severe malnutrition (including seven modules for participants and guidelines for instructors) (documento WHO/NHD/02.04; original inglés, versiones en español, francés y portugués en preparación).

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

12. Después de la aprobación de la **Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño** por la Asamblea de la Salud (resolución WHA55.25), la OMS emprendió en todas las regiones actividades encaminadas a llevar a la práctica las recomendaciones. Por ejemplo, se celebraron reuniones regionales en Harare (11-14 de noviembre de 2002 para Botswana, Etiopía, Ghana y Zimbabwe) y en Casablanca (Marruecos) (28-31 de julio de 2003 para Bahrein, Egipto, Marruecos, Omán, el Pakistán, la República Islámica del Irán y Túnez) y se organizaron reuniones nacionales en Bolivia, Botswana, Camboya, China, Egipto, Etiopía, Ghana y Viet Nam para sacar partido de los logros alcanzados.¹ En 2002-2003, el UNICEF y organizaciones no gubernamentales colaboradoras prestaron apoyo para la celebración de reuniones multipaíses en Egipto, la India, Malasia, el Perú y Viet Nam. La OMS convocó una reunión técnica mundial (Ginebra, 10-12 de febrero de 2003) sobre los progresos realizados en la aplicación de la estrategia, para la cual la OMS y sus asociados² están preparando varios recursos prácticos, por ejemplo un instrumento³ ideado para evaluar las políticas y programas encaminados a proteger, promover y apoyar una alimentación apropiada, y directrices⁴ para introducir conocimientos teóricos y prácticos en la capacitación básica de los profesionales de salud.

13. El análisis de los datos procedentes de 414 estudios realizados en 122 países, que se encuentran en el **banco de datos mundiales sobre lactancia natural y alimentación complementaria**, muestra un aumento general de la lactancia natural exclusiva durante los primeros cuatro meses de vida⁵ de un 19% en 1990 a un 38% en 2002. Durante el mismo periodo, la proporción general estimada de niños que recibían alimentación complementaria oportuna aumentó de un 55% a un 60%.⁶ Pese a estas mejoras, las prácticas de alimentación infantil están lejos de ser ideales si se las compara con lo recomendado por la OMS para favorecer la salud pública mundial, que es de seis meses de lactancia natural exclusiva seguidos de una alimentación complementaria apropiada e inocua y una continuación de la lactancia natural hasta los dos años de edad o más (resolución WHA54.2).

14. En favor de una promoción científicamente fundamentada de prácticas apropiadas de **alimentación complementaria** y de una evaluación precisa de éstas con el transcurso del tiempo, la OMS fomenta la aplicación de directrices sobre prácticas óptimas⁷ por las instancias normativas y planificadores de programas en la elaboración local de recomendaciones en materia de alimentación

¹ Desde la Conferencia Internacional FAO/OMS sobre Nutrición (Roma, 1992), 146 Estados Miembros y cinco territorios han revisado y fortalecido sus políticas intersectoriales en materia de alimentación y nutrición, y 100 de ellos han integrado específicamente estrategias para promover prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

² El UNICEF, la FAO, la OIT, el Proyecto LINKAGES, la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil, la Liga Internacional La Leche y la Alianza Mundial pro Lactancia Materna.

³ *Infant and young child feeding: a tool for assessing national practices, policies and programmes* (<http://www.who.int/nut/publications.htm#inf>). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

⁴ *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI): planning, implementing and evaluating pre-service training*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/Planning_Implementing_Evaluating.pdf).

⁵ Aunque la variable preferida para el análisis es la recomendación de seis meses de lactancia natural exclusiva, todavía no se dispone de datos suficientes al respecto procedentes de estudios nacionales. Las autoridades competentes de casi 60 Estados Miembros, entre las cuales a mediados de 2003 figuraban Australia, Irlanda y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, recomiendan oficialmente seis meses de lactancia natural exclusiva.

⁶ El informe completo sobre las recientes tendencias mundiales y regionales de la prevalencia y la duración de la lactancia natural exclusiva y la alimentación complementaria oportuna se halla en preparación.

⁷ *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, DC, OPS/Organización Mundial de la Salud, 2003.

infantil. Las directrices reflejan los resultados de una consulta mundial sobre alimentación complementaria (Ginebra, 10-13 de diciembre de 2001),¹ y acompañan un folleto² dirigido a trabajadores de salud de nivel intermedio que asesoran en materia de alimentación infantil. Después de ensayos sobre el terreno realizados en Bangladesh, Jamaica y Sudáfrica, se presentó a instructores (Omán, 13-18 de septiembre de 2003) un curso ideado para impartir a trabajadores de salud la capacitación necesaria a fin de que puedan aconsejar a los dispensadores de cuidados; el curso se reproducirá en Bahrein, Omán, el Pakistán y el Sudán.³ Además, la OMS está definiendo indicadores para evaluar las prácticas de alimentación complementaria en colaboración con el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias.⁴

15. La vía de transmisión de la **infección por el VIH a los niños** es predominantemente de la madre al niño, ya sea durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto, o bien el amamantamiento (la tasa de transmisión es del 5% al 20% entre los nacidos de madres VIH positivas). La OMS y otras ocho organizaciones del sistema de las Naciones Unidas están promoviendo un marco para la acción en el que se destaca simultáneamente la reducción de la transmisión del VIH y un aumento del apoyo a la lactancia natural en la población en general.⁵ El marco hace hincapié en políticas nacionales integrales de alimentación, la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, las resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud, la alimentación apropiada de todos los niños, la prestación de apoyo a las madres VIH positivas, investigaciones complementadas por directrices revisadas y actualizadas (para decisores y personal de salud) y un examen técnico.⁶

16. La OMS ha puesto a prueba sobre el terreno un conjunto de fichas de asesoramiento para utilizarlas con la capacitación en materia de consejos sobre la lactancia natural y prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. Ha diseñado un instrumento de investigación a fin de evaluar opciones de alimentación para madres VIH positivas que escogen no amamantar o interrumpen precozmente el amamantamiento, y está preparando directrices sobre la alimentación complementaria de niños no amamantados al pecho. A fin de ofrecer la base de información necesaria para intervenciones idóneas, la OMS está respaldando investigaciones sobre los riesgos de la transmisión del VIH asociados a diferentes modalidades de alimentación, incluso la lactancia natural exclusiva, y la función de la mastitis y otras infecciones en dicha transmisión. Además de apoyar actividades de investigación en el Brasil y Sudáfrica sobre garantía de la calidad de los consejos en materia de alimentación infantil y del apoyo a ésta, la OMS está facilitando el establecimiento de una red de investigación para promover el intercambio de información y la coordinación.

¹ *Complementary feeding: report of a global consultation and summary of guiding principles*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Complementary_Feeding.pdf); Daelmans B, Martines J, Saadeh R eds. Special issue based on a World Health Organization expert consultation on complementary feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, **24**(1).

² *Complementary feeding: family foods for breastfed children*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

³ *Complementary feeding counselling: a training course*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (en prensa).

⁴ Ruel MT, Brown KH, Caufield LE. Moving forward with complementary feeding: indicators and research priorities. Washington, DC, International Food Policy Research Institute, Discussion Paper 146, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/paper146.pdf).

⁵ *HIV and infant feeding: framework for priority action*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework.htm).

⁶ WHO, UNICEF, UNAIDS. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers; A guide for health care managers and supervisors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, documentos WHO/FRH/NUT/CHD/98.1 y 98.2, y WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS. *A review of HIV transmission through breastfeeding*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (en prensa).

17. Un grupo consultivo técnico de la OMS sobre nutrición y VIH/SIDA se reunió (Ginebra, 13-15 de mayo de 2003) para examinar las necesidades de nutrientes de unos 42 millones de personas que viven con el VIH/SIDA, entre ellas tres millones de menores de 15 años de edad, y datos probatorios sobre la función de la nutrición en la transmisión del VIH, la evolución de la enfermedad y la morbilidad. El grupo también está preparando una monografía sobre pruebas científicas, consecuencias para los programas, y seguridad alimentaria y atención de grupos vulnerables, incluidos los huérfanos. La OMS y la FAO han preparado conjuntamente un curso de capacitación de trabajadores sanitarios sobre la función de la nutrición en la transmisión del VIH, la evolución de la enfermedad y medidas prácticas de atención, y publicó un manual en el que se ofrecen sugerencias dietéticas sencillas para las personas que viven con el VIH/SIDA.¹

18. La **iniciativa «Hospitales amigos del niño»**, lanzada en 1991 para propiciar la iniciación y el establecimiento de la lactancia natural exclusiva en los servicios de salud, se está aplicando en más de 19 000 hospitales en 138 países; en 2002, Kerala (India), donde el 80% de las maternidades han sido certificadas como amigas del niño, fue declarado el primer «estado amigo del niño» en el mundo. La Oficina Regional para África organizó un curso de capacitación de evaluadores de servicios de salud procedentes de 12 países africanos (Libreville, 28-30 de mayo de 2002). Para que se vele por los progresos de la iniciativa, la OMS está difundiendo ampliamente un instrumento de evaluación y vigilancia² y elaborando recomendaciones para que en los hospitales amigos del niño se preste apoyo a las madres VIH positivas. El curso de capacitación de administradores de hospital³ se está adaptando en consecuencia.

19. El **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna**, adoptado en 1981, prevé la notificación anual por los Estados Miembros al Director General sobre las medidas adoptadas para dar efecto a los principios y al objetivo del Código (artículo 11.6). Han presentado ya sus informes (en muchos casos más de una vez) 162 de los 192 Estados Miembros de la OMS (o sea el 84%), por lo que se ha reducido la afluencia de información nueva. Uno de los objetivos operativos de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño consiste en renovar el interés por el Código Internacional.⁴ Desde el último informe presentado a la Asamblea de la Salud,⁵ se dispone de información nueva de sólo tres Estados Miembros, a saber: la India (proyecto de enmienda de 2003, por la que se refuerza la ley de 1993⁶ mediante la prohibición de la promoción de productos destinados a la alimentación de los menores de dos años de edad); Malasia (enmienda de la reglamentación sobre alimentación de 1985, por la que se prohíbe la promoción y la publicidad de otros productos mediante la presentación de material descriptivo en, adjunto a o con preparaciones para lactantes); y el Pakistán (ordenanza sobre la protección de la lactancia natural y la nutrición infantil, de 26 de octubre de 2002, que abarca todos los productos destinados a la

¹ Nutritional care and support for people living with HIV/AIDS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en prensa); *Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. Roma, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2003 (<http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM>).

² WHO, UNICEF and Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress (documento WHO/NHD/99.2).

³ Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers (documento WHO/NHD/96.3).

⁴ «... una prioridad de la estrategia mundial para todos los gobiernos es... estudiar qué nuevas leyes u otras medidas se necesitan, como parte de una política integral sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, y poner en práctica los principios y el fin del Código Internacional... y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud» (documento WHA55/2002/REC/1, anexo 2, párrafo 33).

⁵ Documento A55/14.

⁶ *International Digest of Health Legislation*, 1993; 44:638.

alimentación durante el primer año de vida).¹ La OMS ha respondido a peticiones de apoyo técnico de Australia, Bahrein, Camboya, Nueva Zelanda y Turquía. En abril de 2002, la Asociación Internacional de Pediatría, una organización no gubernamental que mantiene relaciones oficiales con la OMS desde 1951, reafirmó ante la entonces Directora General de la OMS su apoyo al Código Internacional y a las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea de la Salud.

PATRONES INTERNACIONALES DE CRECIMIENTO DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

20. Los patrones de crecimiento figuran entre los instrumentos más utilizados para evaluar el bienestar de los niños y, por extensión, la salubridad de las comunidades en las que viven. Ayudan a determinar el grado en que se satisfacen las necesidades fisiológicas relacionadas con el crecimiento y el desarrollo durante las fases fetal e infantil, de máxima importancia. En 1994, reconociendo las deficiencias del patrón internacional de crecimiento del National Center for Health Statistics/OMS, la OMS comenzó a preparar nuevos patrones basados en la manera en que los niños *deberían* crecer en todos los países, en lugar de describir simplemente la manera en que crecen en un momento y lugar particulares.

21. En el marco del estudio multicéntrico de la OMS sobre el patrón de crecimiento (1997-2003), que constituye la segunda fase del proyecto sobre patrones de crecimiento, se recogieron datos primarios de unos 8500 niños con antecedentes étnicos y entornos culturales muy diferentes (el Brasil, Ghana, la India, Noruega, Omán y los Estados Unidos de América). Sobre la base de los resultados obtenidos, comenzó una tercera fase consistente en el desarrollo de instrumentos científicamente válidos para evaluar el crecimiento y el estado nutricional. Conforme a los nuevos patrones, que pasaron de tres a 12 y se relacionan con criterios de desarrollo de la motricidad, el niño alimentado al pecho será la norma biológica.

22. El objetivo es que, para 2010, la mayor parte de los 99 países que actualmente utilizan el patrón de crecimiento del National Center for Health Statistics/OMS utilicen efectivamente los nuevos patrones o haya iniciado la transición para utilizarlos. Ese cambio se aprovechará plenamente para robustecer los vínculos entre la evaluación del crecimiento y las actividades de promoción en apoyo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, un patrón de crecimiento basado en una muestra mundial y en el reconocimiento de que las diferencias ambientales, no el patrimonio genético, son los principales factores determinantes de las disparidades de crecimiento entre los niños contribuirá a la observancia de los principios aceptados en materia de derechos humanos, en particular los estipulados en la Convención sobre los Derechos del Niño.

REDUCCIÓN DE LOS FACTORES NUTRICIONALES DE RIESGO DURANTE LA TOTALIDAD DEL CICLO VITAL

23. Se siguen acumulando datos probatorios convincentes que asocian la malnutrición, bien sea por defecto o por exceso, con deficiencias en años posteriores de la vida. En estudios recientes se señala un mayor riesgo de enfermedad en la edad adulta si el retraso del crecimiento intrauterino va seguido de un crecimiento rápido de recuperación. Otros datos probatorios indican mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular y probablemente diabetes en la edad adulta entre las personas que en la infancia han sufrido un retraso del crecimiento. La lactancia natural va asociada a

¹ *International Digest of Health Legislation*, <http://www.who.int/idhl/>, Pak. 02.003.

una presión arterial considerablemente más baja en la niñez entre nacidos tanto a término como prematuramente. Entretanto, la lactancia natural durante un periodo breve y la alimentación con sucedáneos de la leche materna se ha asociado a riesgos de enfermedades crónicas graves en niños y adolescentes (por ejemplo diabetes del tipo 1, enfermedad celíaca, algunos tipos de cáncer infantil y enfermedad inflamatoria intestinal); algunos datos recientes sugieren una asociación entre la alimentación con preparaciones para lactantes y mayores riesgos de obesidad e hipertensión arterial en años posteriores de la vida.¹ No obstante, es preciso seguir investigando las repercusiones de la nutrición temprana en los resultados sanitarios a largo plazo. Por todas estas razones, la OMS promueve un enfoque que abarca la dieta sana, la nutrición y la prevención de las enfermedades crónicas durante todo el ciclo vital en todos los grupos de edad.²

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

24. Se invita al Consejo Ejecutivo a tomar nota del informe.

= = =

¹ OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 916, 2003.

² Véase también el documento EB113/7 sobre la promoción de la salud y modos de vida sana, y el documento EB113/44 Add.1, que presenta un proyecto de estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.