ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A55/14
Punto 13.10 del orden del día provisional 19 de marzo de 2002

Nutrición infantil y progresos realizados en la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Informe de la Secretaría

1. En el presente documento se resume la situación actual relativa a la carga mundial de las diversas formas principales de malnutrición de lactantes y niños pequeños y se informa sobre los progresos realizados para proteger y respaldar la alimentación del lactante y del niño pequeño, así como la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna.[1]

2. La malnutrición reviste varias formas relacionadas entre sí, por ejemplo retraso del crecimiento intrauterino, malnutrición proteinoenergética y carencia de micronutrientes tales como yodo, vitamina A, zinc y hierro. En muchos países la obesidad infantil es un motivo de preocupación importante. Todas estas formas de malnutrición comprometen el crecimiento físico, el desarrollo mental, la salud, el desempeño, la productividad y la supervivencia y tienen efectos duraderos en todo el ciclo vital.

MALNUTRICIÓN PROTEINOENERGÉTICA

3. La prevalencia mundial de malnutrición proteinoenergética, que contribuye al 60% de los 10,9 millones de defunciones anuales de niños menores de cinco años en los países en desarrollo (véase la figura que aparece en el anexo), está disminuyendo lentamente. Sin embargo, casi el 30% de los menores de cinco años en los países en desarrollo - o sea, 161 millones de niños - sufren de retraso del crecimiento (véase el anexo, cuadro 1). Más del 70% de estos niños viven en Asia, más del 25% en África y alrededor del 4% en América Latina y el Caribe. La situación en algunas partes de África es particularmente alarmante porque el número de niños malnutridos está aumentando como resultado de la infección por el VIH/SIDA, desastres ecológicos, conflictos armados, trastornos civiles y desplazamientos masivos de poblaciones.

4. Los peor afectados son unos 50,6 millones de niños menores de cinco años caquécticos, principalmente en 27 países menos adelantados (véase el anexo, cuadro 2). La tasa de letalidad entre estos

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

niños suele ser de un 20% a un 30% (algunos estudios señalan una escala que va del 4% al 49%), pero con una buena gestión dicha tasa se podría reducir a menos del 5%.

MALNUTRICIÓN DE MICRONUTRIENTES

5. La **carencia de yodo**, principalmente la debida a una ingesta insuficiente de yodo durante el embarazo, es la principal causa singular de lesión cerebral y retraso mental prevenibles (véase el anexo, cuadro 3). Es un problema significativo de salud pública en 130 países, la mayoría de los cuales se hallan en África y Asia. Alrededor del 13% de la población mundial (740 millones de personas) está actualmente afectada. No obstante, durante el último decenio se han conseguido avances notables con miras a eliminar los trastornos por carencia de yodo. Más del 80% de los países afectados aplican actualmente planes de yodación de la sal y un 68% de los hogares, como promedio que varía entre un 63% en África y un 90% en las Américas, tienen acceso a sal yodada. La tarea actual es, en primer lugar, por conducto de redes regionales de laboratorios vigilar la yodación de la sal y sus efectos[1] y, en segundo lugar, aumentar el acceso a la sal yodada mediante una coordinación más eficaz entre los asociados principales, especialmente la industria de la sal. Se ha formado una nueva alianza internacional cuyo objetivo es la eliminación sostenible de la carencia de yodo.

6. La **carencia de vitamina A** es un problema de salud pública significativo en 118 países y más de 250 millones de niños en edad preescolar están afectados o corren riesgo (signos clínicos y subclínicos combinados) (véase el anexo, cuadro 3). Esta carencia es no sólo una de las causas principales de ceguera infantil prevenible, sino también un factor muy importante de riesgo de morbilidad y mortalidad durante la lactancia tardía y la niñez y probablemente también durante el embarazo. La OMS, el UNICEF, organizaciones no gubernamentales, organismos donantes bilaterales y la industria privada están reforzando su colaboración para intensificar la lucha contra la carencia de vitamina A, en particular mediante la fortificación de alimentos. La cobertura de los niños en riesgo ha aumentado sustancialmente merced a la administración de suplementos en asociación con las visitas a los niños enfermos en el contexto de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y con los servicios de inmunización, por ejemplo en África donde el número de países que proporcionan suplementos durante las jornadas nacionales de vacunación aumentó de cuatro en 1996 a 35 en 1999. En 2000, en el mundo, unos 90 millones de niños recibieron al menos una dosis de la vitamina A. Tras un examen de los vigentes niveles de dosificación para lactantes, niños pequeños y mujeres en puerperio, están preparándose nuevas directrices en colaboración con el UNICEF y el Grupo Consultivo Internacional sobre la Vitamina A. La OMS, junto con el OIEA y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, también está coordinando la investigación encaminada a examinar las ventajas que conlleva para la seguridad y la salud un aumento de la dosificación durante la primera infancia.

7. Además, se está haciendo mucho para combatir la **carencia de hierro**, que es la causa principal de **anemia**, pero esta carencia sigue constituyendo un problema mundial de salud pública particularmente difícil de tratar, con una variedad de efectos adversos entre los que figuran mayor mortalidad, nacimientos prematuros, insuficiencia ponderal al nacer, retraso y deterioro del desarrollo y reducción de la

[1] Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination. A guide for programme managers (second edition) (documento WHO/NHD/01.1).

productividad del trabajo.[1] La OMS está por ultimar un examen de métodos para prevenir la anemia y mejorar la ingesta de hierro en lactantes y niños pequeños.

8. Dada la disponibilidad limitada de **zinc** en los regímenes alimentarios de la mayoría de los niños en los países en desarrollo y la función que desempeña este micronutriente en la reducción de la incidencia y gravedad de la diarrea - y posiblemente también de la incidencia de neumonía -, la OMS está respaldando estudios encaminados a evaluar la adhesión de los dispensadores de atención a las recomendaciones sobre dosificación y los efectos de la administración de suplementos de zinc en la morbilidad y la mortalidad infantiles. Se han iniciado en la India y Zanzíbar (República Unida de Tanzanía) ensayos sobre el terreno en doble ciego para evaluar las repercusiones de la administración diaria de suplementos de zinc en la mortalidad infantil.

NUTRICIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

9. La malnutrición en sus diferentes formas es galopante en el conjunto de más de 40 millones de refugiados y personas internamente desplazadas en todo el mundo, entre los que figuran 5,5 millones de niños menores de cinco años. El riesgo de malnutrición en este grupo varía según el grado de acceso a alimentos inocuos y adecuados y a servicios de salud que controlen las enfermedades infecciosas. La OMS sigue facilitando apoyo técnico y metodológico y capacitación a los gobiernos y organismos internacionales de primera línea, especialmente el UNICEF, el ACNUR y el PMA, y su personal sobre el terreno, así como a organizaciones no gubernamentales.[2]

OBESIDAD

10. Situados en el otro extremo del espectro de la malnutrición, el sobrepeso y la obesidad infantiles están multiplicando los problemas mundiales de salud pública. Según un análisis reciente de los datos nacionales de 79 países donde vive un 87,8% de los niños menores de cinco años de países en desarrollo, la tasa de prevalencia general de sobrepeso a esa edad en los países en desarrollo era de un 3,3% (17,6 millones) (véase el anexo, cuadro 2).[3] Las tasas de sobrepeso y obesidad están aumentando en muchos países y 21 de ellos ya tienen una prevalencia mayor del 5%. Hay considerables indicios de que la obesidad infantil va asociada a hipertensión, diabetes, enfermedades respiratorias, afecciones ortopédicas y trastornos psicosociales durante la infancia. Sin embargo, su contribución a la obesidad en el adulto y a la morbilidad y la mortalidad asociadas, así como a efectos independientes que a su vez contribuyen a aumentar el riesgo de enfermedades crónicas en etapas posteriores de la vida, son objeto de una inquietud aún mayor.[4]

---

[1] Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control: a guide for programme managers (documento WHO/NHD/01.3).

[2] *The management of nutrition in major emergencies*. Ginebra, OMS, 2000, ISBN 92 4 154520 8.

[3] Véanse WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition (http://www.who.int/nutgrowthdb/), y de Onis M, Blössner M. Prevalence of trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition,* 2000, **72**: 1032-1039.

[4] Law M et al. Fetal, infant and childhood growth and adult blood pressure. A longitudinal study from birth to 22 years of age. *Circulation*, 2002, **105**: 1088-1092 (http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/hc0902.104677v1.pdf).

ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

11. Fijada en 1990 por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y reafirmada en 1992 por la Conferencia Internacional sobre Nutrición, la meta de reducir o eliminar para el año 2000 las principales formas de malnutrición no se ha alcanzado en la mayoría de los países. Se considera que la alimentación inapropiada representa al menos un tercio de la malnutrición y contribuye significativamente a la morbilidad y la mortalidad de menores de cinco años de edad. Ésta es la razón principal de la nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, que se presenta por separado.[1]

12. La protección, la promoción y el apoyo de la alimentación del lactante y del niño pequeño son decisivos para prevenir la malnutrición y asegurar un crecimiento y un desarrollo infantiles saludables. Las prácticas de alimentación inapropiadas contribuyen de manera muy importante a una nutrición deficiente de los lactantes y niños pequeños. Se ha adelantado en el acopio de datos científicos que fundamentan las recomendaciones para una alimentación óptima y se han identificado intervenciones eficaces[2] para promover su aplicación. La nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño subraya la importancia del acceso a conocimientos teóricos y prácticos y del apoyo del sistema de salud y de la comunidad, combinados con medidas destinados a proteger la alimentación del lactante y del niño pequeño, a fin de que las madres y otros prestadores de atención puedan atender satisfactoriamente las necesidades nutricionales de los lactantes y niños pequeños que cuidan.

13. Algunos países han acusado mejoras sustanciales en la prevalencia y la duración de la **lactancia materna exclusiva** durante el último decenio. Sin embargo, las tasas de lactancia materna *exclusiva* durante los seis primeros meses de vida siguen siendo bajas. Mediante la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño, están renovándose los esfuerzos encaminados a realizar y ampliar intervenciones de eficacia comprobada para aumentar las tasas de lactancia materna exclusiva en todo el mundo.

14. **La Iniciativa «Hospitales amigos del niño»**, lanzada en 1991 para alentar a los establecimientos de salud a que promuevan el inicio y el arraigo de la lactancia materna exclusiva, se está aplicando en unos 16 000 hospitales en 171 Estados Miembros. Sin embargo, además del problema, señalado en el último informe presentado a la Asamblea de la Salud en 2000[3] y confirmado posteriormente, de que las normas no siempre se respetan, el total mundial de establecimientos designados «amigos del niño» se mantiene aparentemente estacionario. En algunos países, que notifican un debilitamiento del compromiso sobre todo en los hospitales privados o docentes universitarios, se ha interpretado la reducción de los recursos de la OMS y del UNICEF como un signo de pérdida de interés internacional. Al mismo tiempo, la investigación está demostrando la importancia vital que tienen los programas de promoción en los hospitales para la duración y la exclusividad de la lactancia materna, y en algunos países se están realizando avances. Por ejemplo, en Belarús, un ensayo aleatorizado controlado permitió observar que la aplicación de la Iniciativa aumentaba significativamente la duración y la exclusividad de la lactancia natural.[4] En Kenya, 230 de cada 350 hospitales de maternidad están autorizados a llamarse «amigos del

---

[1] Véase el documento A55/15.

[2] Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly S. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2000, **356**: 1643-1647 y Santos I, Victora CG, Martines J et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition*, 2001, **131** (11): 2866-2873.

[3] Véase el documento A53/7.

[4] Kramer M et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *Journal of the American Medical Association*, 2001, **285** (4): 413-420.

niño». En los Estados Unidos de América, en un hospital docente de una zona urbana deprimida que presta atención principalmente a familias pobres pertenecientes a grupos minoritarios o inmigrantes, tras la aplicación de la Iniciativa la proporción de madres que inician la lactancia natural aumentó de 58% en 1995 a 86,5% 1999.[1] Cuatro países - Malasia, Namibia, Omán y Suecia - comparten la distinción de que *todos* sus hospitales públicos son «amigos del niño».

15. La OMS y el UNICEF convocaron una reunión de coordinadores amigos del niño procedentes de 18 países industrializados para determinar obstáculos y estrategias a fin de asegurar el progreso de la Iniciativa (Londres, 11-13 de junio de 2001). Ambos organismos también están promoviendo la aplicación de un conjunto de medidas de seguimiento y reevaluación, formuladas junto con un centro colaborador,[2] para sustentar los progresos y garantizar la calidad a largo plazo y la integridad de la Iniciativa. La difusión de la Iniciativa es un objetivo muy importante de la nueva estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. A fin de sustentar el apoyo a las prácticas óptimas de lactancia materna, trabajadores de salud, personal hospitalario, administradores de servicios de salud y formuladores de políticas han recibido capacitación en materia de asesoramiento en cursos desarrollados por la OMS en casi 100 países,[3] mientras que el asesoramiento sobre la lactancia natural y la alimentación complementaria se ha incorporado en el material de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia para uso de los establecimientos de salud[4] y las comunidades. También están formulándose directrices para asegurar que la información apropiada sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño se integre en la formación previa al servicio de los trabajadores médicos y paramédicos, y para reforzar el apoyo de las comunidades mediante la capacitación de otras madres y personas no especializadas como consejeros en materia de lactancia materna.

16. En 2000, la OMS encargó un examen sistemático de los trabajos científicos publicados sobre la **duración óptima de la lactancia materna exclusiva**. Se identificaron más de 3000 referencias bibliográficas para someter a un examen y una evaluación independientes. El resultado de este proceso se sometió a su vez a una revisión científica mundial, después de la cual todos los resultados se sometieron a un análisis técnico durante una consulta de expertos (Ginebra, 28-30 de marzo de 2001). Las conclusiones y recomendaciones de la consulta para fines tanto prácticos como de investigación se presentaron a la 54ª Asamblea Mundial de la Salud.[5] La Asamblea de la Salud instó a los Estados Miembros a que fortalecieran las actividades y elaboraran nuevos criterios para proteger, promover y apoyar la lactancia natural exclusiva durante seis meses como recomendación de salud pública mundial, teniendo en cuenta las conclusiones de la reunión consultiva de expertos de la OMS sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva, y a que se abastecieran de alimentos complementarios inocuos y apropiados para dar a los niños junto con la continuación del amamantamiento hasta los dos años de edad o más allá, haciendo hincapié en los canales de divulgación social de esos conceptos a fin de inducir a las comunidades a hacer suyas esas prácticas (resolución WHA54.2). Las conclusiones y recomendaciones de la reunión consultiva

---

[1] Philipp B et al. Baby-friendly Hospital Initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*, 2001, **108**: 677-681.

[2] WHO, UNICEF y Wellstart International. The Baby-friendly Hospital Initiative. Monitoring and reassessment: tools to sustain progress. Ginebra, OMS, 1999 (documento WHO/NHD/99.2).

[3] Consejería en la lactancia materna: curso de capacitación (documentos WHO/CDR/93.3-93.6), disponible en todos los idiomas de las Naciones Unidas y en portugués; y Promoting breastfeeding in health facilities: a short course for administrators and policy-makers (documento WHO/NUT/96.3), disponible en árabe, español, inglés y ruso.

[4] Integrated management of childhood illness: a training course for first-level health workers (documento WHO/CHD/97.3.A-L), http://www.who.int/child-adolescent-health.

[5] Véase el documento A54/INF.DOC./4.

de expertos también se presentaron en el 24º periodo de sesiones de la Comisión Mixta FAO/OMS del Codex Alimentarius (Ginebra, 2-7 de julio de 2001) y en la 23ª reunión del Comité del Codex sobre Nutrición y Alimentos para Regímenes Especiales (Berlín, 26-30 de noviembre de 2001) porque tienen repercusiones relativas a la edad de utilización prevista en el proyecto de norma revisada del Codex Alimentarius sobre alimentos elaborados a base de cereales para lactantes y niños.

17. En lo referente a la **transmisión del VIH de la madre al niño**, en mayo de 2001 se informó a la Asamblea de la Salud de que un 10% a un 20% de los lactantes nacidos de madres VIH-positivas podía contraer el VIH por vía de la leche materna, y estudios recientes indican un mayor riesgo de transmisión durante los primeros meses. Sin embargo, los resultados de un estudio muestran que la lactancia materna exclusiva durante los tres primeros meses de vida puede conllevar un riesgo menor de transmisión del VIH que la alimentación combinada, posiblemente porque algunos procesos infecciosos o alérgicos asociados a esta última comprometen la integridad de las mucosas. Las directrices conjuntas UNICEF/ONUSIDA/OMS[1] publicadas en 1998 siguen siendo válidas. En resumen,[2] todas las madres infectadas por el VIH deben recibir una orientación que comprenda información sobre los riesgos y beneficios de diferentes opciones de alimentación y una orientación específica para que escojan la opción probablemente más apropiada para su situación. Cuando la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible e inocua, se recomienda que las madres VIH-positivas eviten completamente la lactancia materna; en los demás casos se recomienda la lactancia natural exclusiva durante los primeros meses de vida. Para reducir al mínimo la transmisión del VIH, la lactancia natural por las madres VIH-positivas debe suspenderse en cuanto sea posible, habida cuenta de las circunstancias locales, la situación de cada mujer y los riesgos de la alimentación de sustitución, entre ellos malnutrición e infecciones diferentes del VIH. La decisión final corresponde a la madre y se debe apoyar a ésta en su elección.

18. En colaboración con el UNICEF y el ONUSIDA, la OMS ha preparado un curso de capacitación de tres días de duración destinado a trabajadores de salud encargados de la orientación de las madres sobre el VIH y la alimentación del lactante.[3] El curso ya se ha impartido en 10 países. La OMS también está preparando un curso breve sobre la mejora de la atención nutricional y la gestión destinado a trabajadores de salud de la comunidad que facilitan asesoramiento nutricional a las personas, incluidos niños, que viven con el VIH. La OMS está respaldando investigaciones en Sudáfrica y Zambia para evaluar los riesgos de transmisión del VIH a los lactantes alimentados exclusivamente al pecho y los efectos del abandono precoz de la lactancia materna sobre las tasas generales de transmisión. Están preparándose materiales para aconsejar a las madres respecto del abandono precoz de la lactancia materna y una alimentación sustitutiva segura.

19. En su 88ª reunión, celebrada en junio de 2000, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó el nuevo Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000 (Nº 183) y la nueva Recomendación sobre la protección de la maternidad, 2000 (Nº 191). La OMS participó en todos los preparativos del Convenio revisado y presentó datos científicos sobre la **protección de la salud materna y la promoción de la lactancia natural.** El Convenio se fortaleció significativamente mediante la incorporación de nuevas medidas sobre la protección contra los agentes peligrosos, un aumento de 12 a 14 semanas de la duración mínima de la licencia de maternidad, la reafirmación del derecho de la madre a interrupciones del trabajo

[1] UNICEF, UNAIDS, WHO. *HIV and infant feeding*: *Guidelines for decision-makers. A guide for health care managers and supervisors. A review of HIV transmission through breastfeeding* (documentos WHO/FRH/NUT/CHD/98.1-3).

[2] Véase UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Team on Mother-to-Child Transmission of HIV *New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications (*documento WHO/RHR/01.28).

[3] HIV and infant feeding counselling: a training course (documentos WHO/FCH/CAH/00.2-6).

remuneradas para la lactancia de su hijo y la extensión de la aplicación del Convenio a las mujeres que tienen un empleo atípico.

20. Desde la adopción del **Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna** por la 34ª Asamblea Mundial de la Salud en 1981 (resolución WHA34.22), 162 de los 191 Estados Miembros de la OMS (el 85%) han informado sobre sus medidas para llevar a efecto los principios y el objetivo del Código. Dichas medidas comprenden la adopción de leyes, reglamentos, códigos, directrices y acuerdos nuevos o la revisión de los existentes, así como mecanismos de seguimiento y notificación. Desde el último informe presentado a la Asamblea de la Salud en 2000,[1] nueve países (Angola, Camboya, Francia, Ghana, Grecia, Kazajstán, Nigeria, la República Unida de Tanzanía y Sudáfrica) han facilitado información sobre medidas nuevas o revisadas. Entretanto, la OMS ha respondido a las peticiones de apoyo técnico de Australia, Camboya, Nueva Zelandia, Omán y el Pakistán. También ha contribuido al protocolo revisado de vigilancia del cumplimiento del Código, redactado por el Grupo interinstitucional de supervisión de la lactancia natural, una coalición de organizaciones no gubernamentales, iglesias e instituciones académicas. El Código cumplió su vigésimo aniversario en mayo de 2001, y la Directora General participó en una ceremonia organizada por la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil para conmemorar la ocasión.

21. Asegurar una ingesta adecuada de nutrientes después del periodo de lactancia materna exclusiva puede ser difícil y muchos niños corren un riesgo especial de malnutrición entre los seis y los 24 meses de edad. Para traducir las pruebas científicas en mensajes prácticos, en colaboración con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, la OMS ha formulado directrices prácticas sobre la **alimentación complementaria**.[2] Éstas son una ampliación de las directrices destinadas a los trabajadores de salud de primer nivel ideadas como parte de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Está preparándose un curso de tres días de duración que tiene por objeto contribuir a dotar a los trabajadores de salud de aptitudes eficaces para aconsejar a quienes atienden a niños pequeños sobre una alimentación complementaria apropiada entre los seis y los 24 meses de edad. La OMS celebró una reunión consultiva mundial sobre alimentación complementaria (Ginebra, 10-13 de diciembre de 2001) con el cometido de que se aprovechen las pruebas existentes, la experiencia adquirida y los resultados de investigaciones recientes para mejorar las prácticas de alimentación.

NUTRICIÓN MATERNA

22. Los indicios sobre la asociación entre el ciclo vital, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes presentados en la reunión de expertos de la OMS sobre el ciclo de la vida y la salud (Annecy, Francia, 2-4 de mayo de 2001), mostraron la influencia del estado nutricional de la madre antes del embarazo en el crecimiento fetal y posnatal de sus hijos y el riesgo posterior de morbilidad crónica de estos últimos. Además del retraso del crecimiento intrauterino, la desnutrición materna, incluso en circunstancias posnatales nutricionalmente adecuadas, puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes en los hijos. Asimismo, la obesidad materna aumenta significativamente el riesgo de obesidad y enfermedades crónicas conexas en los hijos. En respuesta a las recomendaciones de la reunión de expertos, la OMS reconoce la necesidad de que las estrategias de alimentación infantil adopten una perspectiva que abarque la totalidad del ciclo vital y tengan en cuenta los factores con efectos

[1] Véase el documento A53/7.

[2] Complementary feeding: family foods for breastfed children (documentos WHO/NHD/00.1, WHO/FCH/CAH/00.6).

intergeneracionales en el estado nutricional, el crecimiento y la salud de los niños, por ejemplo la desnutrición y la obesidad en las mujeres jóvenes.

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE EL PATRÓN DE CRECIMIENTO

23. Este estudio de más de 10 000 niños[1] se inició en 1997 con objeto de establecer un nuevo patrón internacional para evaluar la salud, el crecimiento y el estado de nutrición, incluso la insuficiencia nutricional y la sobrealimentación de grupos de población e individuos. El trabajo se ultimó primero en el Brasil y el estudio sigue ahora en los Estados Unidos de América, Ghana, la India, Noruega y Omán. El componente transversal del estudio - de una muestra de 1400 niños de 18 a 71 meses de edad - se ha ultimado en tres sitios. También están recopilándose datos para facilitar el análisis de la asociación entre el crecimiento físico y el desarrollo motor en niños de familias prósperas de diversos orígenes étnicos en diferentes entornos culturales. Los archivos con datos se envían al centro coordinador del estudio en la sede de la OMS para validación y procesamiento. La publicación de las nuevas curvas de crecimiento, prevista para 2005, depende de que haya un financiamiento suficiente para el desarrollo y la puesta a prueba.

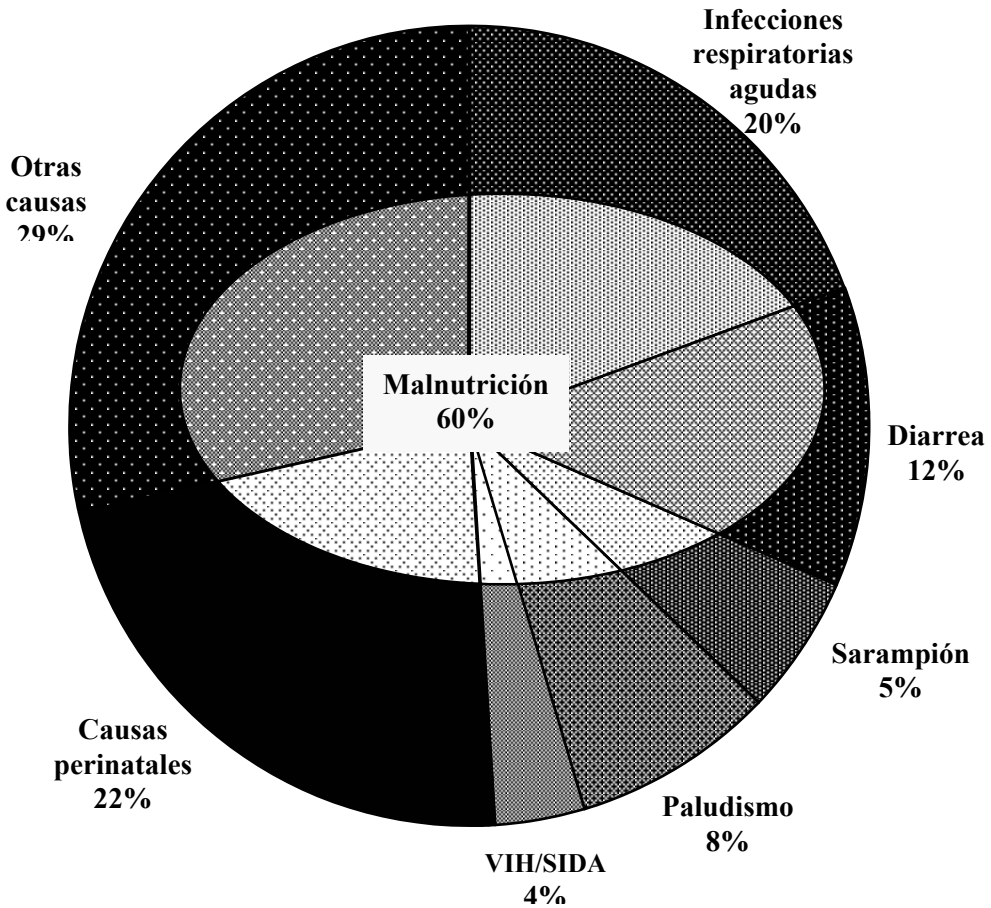
INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD

24. Se invita a la Asamblea de la Salud a que tome nota del informe.

[1] Véase también el documento A53/7, anexo.

ANEXO

FIGURA. DISTRIBUCIÓN DE LOS 10,9 MILLONES DE DEFUNCIONES ANUALES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO, 2000



Fuente: *Informe sobre la salud en el mundo 2001* y Murray CJL et al. «The Global Burden of disease 2000 Project: aims, methods and data sources», Programa Mundial sobre Pruebas Científicas para las Políticas de Salud, documento de trabajo Nº 36, OMS, Ginebra, 2001; efectuado a partir de los datos de 2000.

CUADRO 1. PREVALENCIA REGIONAL Y MUNDIAL REAL Y PROYECTADA DEL DEL RETRASO DEL CRECIMIENTO INFANTIL[a] (1980-2005)

Región[b]	**1980**	**1985**	**1990**	**1995**	**2000**	**2005**
	% (millones)	% (millones)	% (millones)	% (millones)	% (millones)	% (millones)
África	38,8 (32,6)	37,8 (36,4)	36,8 (39,4)	35,8 (41,3)	34,9 (43,6)	33,9 (45,5)
Asia	54,1 (175,1)	48,4 (169,2)	42,8 (162,0)	37,3 (135,9)	32,2 (115,3)	27,4 (96,4)
América Latina y el Caribe	23,4 (12,2)	20,1 (10,8)	17,1 (9,4)	14,5 (8,0)	12,3 (6,8)	10,3 (5,7)
Países en desarrollo	**48,1 (221,3)**	**43,3 (216,3)**	**38,5 (208,6)**	**34,0 (182,2)**	**29,8 (161,0)**	**25,9 (140,5)**

[a] El retraso del crecimiento se define como una talla para la edad - 2 SD de la mediana de referencia internacional del National Center for Health Statistics (NCHS) y la OMS.

[b] Los países han sido agrupados según el sistema de clasificación de las Naciones Unidas (División de Población de las Naciones Unidas. *World population prospects – the 1998 revision*, Nueva York, Naciones Unidas, 1999).

Fuente: OMS, base de datos mundiales sobre crecimiento y malnutrición infantiles, 2001.

CUADRO 2. PREVALENCIA REGIONAL Y MUNDIAL DE SOBREPESO[a] Y CAQUEXIA[b] EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE EDAD (1995)

Región[c]	**Sobrepeso**			**Caquexia**		
	Porcentaje de la población cubierto por las encuestas nutricionales nacionales	Porcentaje con sobrepeso	Número de niños con sobrepeso (miles)	Porcentaje de la población cubierto por las encuestas nutricionales nacionales	Porcentaje de niños caquécticos	Número de niños caquécticos (miles)
África	70,9	3,9	4 471	94,5	9,6	11 060
Asia	92,4	2,9	10 643	93,7	10,4	37 872
América Latina y el Caribe	94,1	4,4	2 429	97,2	2,9	1 591
Oceanía[d]	15,5	ND[e]	ND[e]	15,5	ND[e]	ND[e]
Países en desarrollo	**87,8**	**3,3**	**17 561**	**94,1**	**9,4**	**50 593**

[a] El sobrepeso se define como un peso para la talla > 2 SD de la mediana de referencia internacional del National Center for Health Statistics (NCHS) y la OMS.

[b] La caquexia se define como un peso para la talla - 2 SD de la mediana del NCHS y la OMS.

[c] Los países han sido agrupados según el sistema de clasificación de las Naciones Unidas (División de Población de las Naciones Unidas. *World population prospects – the 1998 revision*, Nueva York, Naciones Unidas, 1999).

[d] Con exclusión de Australia y Nueva Zelandia.

[e] ND = No disponible.

Fuente: Banco mundial de datos sobre crecimiento y malnutrición infantil, 2001 y de Onis M, Blössner M. Prevalence and trends of overweight among preschool children in developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, **72**: 1032-1039.

CUADRO 3. PREVALENCIA DE CARENCIA DE VITAMINA A Y DE TRASTORNOS POR CARENCIA DE YODO SOBRE LA BASE DE LA TASA TOTAL DE BOCIO EN LAS SEIS REGIONES DE LA OMS (1999)

Región de la OMS	**Población con bocio**[a]		**Población con carencia de vitamina A (niños en edad preescolar)**	
	Número (millones)	% en la Región[b]	Número (millones)	% en la Región[b]
Región de África	124	20	53	49
Región de las Américas	39	5	16	20
Región de Asia Sudoriental	172	12	127	69
Región de Europa	130	15	ND[c]	ND[c]
Región del Mediterráneo Oriental	152	32	16	22
Región del Pacífico Occidental	124	8	42	27
Total	**740**	**13**	**254**	**38**

[a] El número de casos/prevalencia de bocio se utiliza como sustituto de trastornos por carencia de yodo.

[b] Tasa total de bocio.

[c] ND = No disponible.

Fuente: Base mundial de datos de la OMS sobre trastornos por carencia de yodo y carencia de vitamina A.

= = =