



37^a ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 20 del orden del día provisional

NUTRICION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO (PROGRESOS REALIZADOS E INFORME DE
EVALUACION; Y SITUACION EN CUANTO A LA APLICACION DEL CODIGO INTERNACIONAL
DE COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA)

Informe del Director General

El presente informe a la Asamblea Mundial de la Salud comprende dos partes: la Parte I suministra información actualizada sobre algunas tendencias mundiales y regionales en materia de situación nutricional y sobre los correspondientes indicadores, con particular referencia a los países en desarrollo. Incluye información sobre la incidencia de insuficiencia ponderal al nacer y de malnutrición proteinoenergética entre los niños de menos de 5 años, y sobre la prevalencia de anemia nutricional, bocio endémico y deficiencia de vitamina A. Esta Parte complementa la información sobre los mismos temas que fue presentada a la Asamblea en mayo de 1983 y describe algunos aspectos positivos de la evolución de la situación, que pueden ser de interés para los países que tienen planteados problemas análogos y están estudiando las medidas oportunas para resolverlos.

La Parte II se presenta de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA33.32,¹ en la que se pedía al Director General que presentara en los años pares un informe sobre las medidas adoptadas para fomentar la lactancia natural y mejorar la alimentación del lactante y el niño pequeño, y con el Artículo 11.7 del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna,² en el que se dispone que se presente un informe a la Asamblea a intervalos análogos sobre la situación en lo que se refiere a la aplicación de las disposiciones del Código.

La Parte II se ajusta a la estructura en cinco temas utilizada en los precedentes informes: fomento de la lactancia natural; promoción de prácticas de destete apropiadas mediante el uso de recursos alimentarios locales; fortalecimiento de la educación, la enseñanza y la información sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño; promoción de la salud y la condición social de la mujer; y comercialización y distribución adecuadas de los sucedáneos de la leche materna. Las actividades que se describen en esta parte del informe se refieren en general al periodo que va desde marzo de 1982 hasta marzo de 1984; en lo que atañe a la OMS, forman parte de su programa más general de apoyo a los países en los sectores de la nutrición y la salud de la madre y el niño, que son elementos esenciales de la estrategia de salud para todos.

La información relativa a la comercialización y distribución adecuadas de los sucedáneos de la leche materna, en particular sobre la situación en cuanto a la aplicación del Código Internacional está limitada, sin embargo, a las nuevas informaciones recibidas desde la preparación de la parte correspondiente del informe del Director General sobre nutrición del lactante y del niño pequeño que fue presentado al Consejo Ejecutivo en su 71^a reunión en enero de 1983, y a la 36^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1983. Esta información, por consiguiente, deberá examinarse a la luz de aquel informe,³ así como de la sección VI del informe del Director General sobre la situación⁴ en el que se informó a la 35^a Asamblea Mundial de la Salud de las medidas adoptadas por la OMS y sus Estados Miembros en el sector de la alimentación del lactante y del niño pequeño. En su conjunto, esos tres informes ofrecen una visión general de las medidas que han adoptado unos 130 países y territorios para dar efecto al Código Internacional desde que éste fue adoptado en mayo de 1981.

En el informe se señalan los progresos realizados en los últimos años, en particular en la tarea de dar a conocer mejor al público la importancia de una nutrición apropiada durante el embarazo y la lactación, la lactancia y el destete apropiado. En el informe se reafirma que el compromiso de los Estados Miembros en apoyo de la atención primaria de salud ofrece las mejores esperanzas de alcanzar verdaderas mejoras en la salud y el estado nutricional de las mujeres, de los lactantes y de los niños pequeños, como parte de su estrategia de salud para todos.

¹ Documento WHA33/1980/REC/1, pp. 34-37.

² Documento WHA34/1981/REC/1, p. 23 y Anexo 3.

³ Documentos EB71/21 y A36/7, Parte III, respectivamente.

⁴ Documento WHA35/1982/REC/1, Anexo 5.

INDICE

	<u>Página</u>
Introducción	2
Parte I: <u>Información actualizada sobre algunas tendencias mundiales y regionales en cuanto a la situación nutricional</u>	
Incidencia de la insuficiencia ponderal al nacer, por regiones geográficas	4
Comparación de las tendencias en la prevalencia de malnutrición proteino-energética entre los niños de menos de 5 años, por regiones geográficas (1963-1983)	10
Deficiencias específicas en materia de nutrición	13
Parte II: <u>Alimentación del lactante y del niño pequeño</u>	
Fomento y apoyo de la lactancia natural	17
Promoción y apoyo de prácticas apropiadas y oportunas de alimentación complementaria (destete) mediante el uso de recursos alimentarios locales	23
Fortalecimiento de la educación, la enseñanza y la información sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño	24
Incremento del apoyo en favor del mejoramiento de la salud y la condición social de la mujer, en relación con la alimentación del lactante y del niño pequeño	28
Comercialización y distribución adecuadas de los sucedáneos de la leche materna	30
Valor nutritivo e inocuidad de los productos específicamente destinados a la alimentación del lactante y del niño pequeño	44
Conclusión	45

INTRODUCCION

1. Las actividades que se describen en el presente informe forman parte de un programa más vasto de promoción de la salud de la familia como componente de la atención primaria de salud. Este sector del programa general, centrado en las necesidades de las madres y los niños en materia de salud y en la planificación de la familia, incluido el mejoramiento de la alimentación del lactante y del niño pequeño y de la salud y la nutrición del conjunto de la familia, ha sido designado como elemento esencial de la estrategia de salud para todos en el año 2000.

2. El término malnutrición abarca diversas enfermedades, cada una con su propia etiología relativa a un determinado nutriente o combinación de nutrientes. Esas enfermedades son resultado de un desequilibrio metabólico, en el plano celular, entre los nutrientes y la energía suministrados y los que el organismo necesita para mantenerse, funcionar y desarrollarse. La malnutrición puede prevenirse modificando o eliminando totalmente los factores que oponen obstáculos a la aportación normal de nutrientes y de energía a la célula en cualquiera de las diversas etapas, desde la absorción de los alimentos hasta su aprovechamiento final por el organismo. También es posible tratar la malnutrición, aumentando la aportación de nutrientes y de energía (en los casos de deficiencia) o reduciendo esa aportación (en los casos de exceso). La malnutrición puede provocarse a título experimental en modelos animales, y presenta características antropométricas, clínicas y bioquímicas claramente determinadas.

3. La primera reacción del organismo frente al desequilibrio de nutrientes y energía es la adaptación. Sin embargo, en los casos de desequilibrio grave o prolongado esa adaptación es insuficiente. Es entonces, cuando la malnutrición se convierte en un problema médico, por sí misma y en conjunción con otras enfermedades estrechamente relacionadas con ella.
4. Hay varios factores de salud y ajenos a la salud que oponen obstáculos a la aportación de nutrientes y de energía en condiciones de malnutrición. Aunque la disponibilidad de alimentos es indiscutiblemente causa de grave preocupación, la malnutrición no es sinónimo de consumo de alimentos en cantidad insuficiente, ni es una consecuencia inevitable de ese consumo insuficiente. Un factor fundamental es la capacidad del individuo para aprovechar plenamente los alimentos que consume, cualquiera que sea su cantidad. La infección y la enfermedad dificultan ese proceso; cuando los alimentos son escasos la mayor necesidad de energía agrava los efectos de la malnutrición y la situación puede empeorar aún si el individuo enfermo pierde el apetito. Las personas malnutridas son más susceptibles a la infección y a la enfermedad, y así es como se establece un círculo vicioso.
5. La prevención, la detección y el tratamiento de la malnutrición requieren no solamente la identificación de los factores causantes de la afección, sino también la localización con cierto grado de precisión, de los grupos de población malnutridos, su situación geográfica y los factores epidemiológicos asociados. Solamente sobre esta base es posible planear estrategias de nutrición eficaces.
6. Aunque la malnutrición causada por una alimentación excesiva constituye una grave amenaza para la salud y la supervivencia de las personas de más edad, las formas de malnutrición más graves y más generalizadas en el mundo actual guardan relación con alguna o algunas de las cinco principales deficiencias, a saber: de proteína, de energía, de hierro, de yodo y de vitamina A. Dentro de su programa general de nutrición en atención primaria de salud la OMS ha asignado la máxima prioridad a la acción encaminada a apoyar los esfuerzos desplegados por los países para reducir y eliminar esas cinco deficiencias. Sus actividades al respecto consisten en:
 - 1) fomentar en todos los escalones una conciencia clara de la prevalencia de esas deficiencias y de sus efectos en la salud de los grupos vulnerables;
 - 2) establecer mejores métodos de prevención, detección y lucha, y pautas para su aplicación; y
 - 3) prestar apoyo técnico y de otra clase a los países con miras a fortalecer su capacidad en materia de nutrición, incluidas la definición de los problemas y la formulación y ejecución de programas, en colaboración con el UNICEF, el FNUAP, la FAO y otros órganos y organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y con el apoyo de distintos organismos bilaterales de desarrollo.
7. Sobre la base de esa concepción de la malnutrición y de la correspondiente acción de la OMS, esta Parte I del presente informe a la Asamblea de la Salud constituye una actualización de algunas tendencias mundiales y regionales en cuanto a la situación nutricional de las mujeres, los lactantes y los niños pequeños; en la Parte II se reseñan algunas de las medidas prácticas adoptadas desde 1982 por la OMS y sus Estados Miembros con miras a establecer políticas y ejecutar programas de acción en relación con los múltiples factores que obstaculizan la aportación de los nutrientes y de la energía que son necesarios para asegurar la conservación, el funcionamiento y el crecimiento correctos de los lactantes y los niños pequeños.

Parte I

INFORMACION ACTUALIZADA SOBRE ALGUNAS TENDENCIAS MUNDIALES Y REGIONALES EN CUANTO A LA SITUACION NUTRICIONAL

8. Sobre la base de los resultados iniciales de numerosas actividades de observación y vigilancia desplegadas recientemente en los países, en mayo de 1983 se presentó a la 36ª Asamblea

Mundial de la Salud información relativa, entre otras cosas, a la malnutrición aguda, la insuficiencia ponderal al nacer, el bocio, la deficiencia de vitamina A y la anemia en los países en desarrollo de Africa, las Américas y Asia.¹ Los datos brutos notificados en aquella fecha debían contribuir a establecer un punto de partida fidedigno para poder observar toda modificación de la situación nutricional y habían de ayudar a localizar los sectores que requerían apoyo y acción especiales. En el informe de 1983 se llegaba a la conclusión de que es necesario reunir datos adicionales, sobre una base longitudinal, para poder orientar debidamente las estrategias nacionales hacia el mejoramiento de la situación nutricional de los grupos más necesitados.

9. La información que sigue sobre la incidencia de insuficiencia ponderal al nacer, las tendencias en la prevalencia de malnutrición proteinoenergética entre los niños de menos de 5 años y la prevalencia de anemia nutricional, deficiencia de yodo y deficiencia de vitamina A forma parte de la acción permanente de la OMS encaminada a compilar y analizar datos sobre los principales aspectos de la situación regional y mundial en materia de nutrición. Se espera que esta información ayude a la Organización y sus Estados Miembros en su acción encaminada a evaluar las necesidades, a formular políticas apropiadas, y a ejecutar, por medio de la atención primaria de salud, los programas de acción pertinentes con miras a atender esas necesidades en materia nutricional.

INCIDENCIA DE LA INSUFICIENCIA PONDERAL AL NACER, POR REGIONES GEOGRAFICAS²

10. La insuficiencia ponderal al nacer es el indicador más significativo del riesgo que afecta a la supervivencia y al crecimiento y desarrollo sanos, y es importante, por lo tanto, como orientación para determinar el nivel de atención que necesita cada lactante. Dado que el peso al nacer viene condicionado por la salud y el estado nutricional de la madre, la proporción de lactantes con insuficiencia ponderal al nacer sirve además de índice de la situación sanitaria general de las madres y las comunidades. En particular, refleja las deficiencias de las mujeres embarazadas en materia de salud y nutrición, los nacimientos demasiado seguidos, la excesiva carga de trabajo durante el embarazo y la insuficiencia de los cuidados prenatales. La insuficiencia ponderal al nacer es, pues, un indicador del estado sanitario y de la calidad de la vida que sigue mereciendo particular atención, por ejemplo, en lo que atañe a las medidas encaminadas a reducir la morbilidad y la mortalidad de lactantes. De aquí la decisión de la Asamblea de la Salud de incluirla entre los indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos.³

11. El uso de ese indicador plantea algunos problemas prácticos. Por ejemplo, mientras que en los países desarrollados se pesa a la mayoría de los lactantes al nacer, una encuesta reciente⁴ mostró que en el mundo en desarrollo solamente un tercio de los nacimientos, aproximadamente, tiene lugar en instituciones (por ejemplo, hospitales o maternidades), donde es probable que se proceda sistemáticamente a pesar a los recién nacidos. En algunos países, la proporción es inferior a un quinto de todos los nacimientos. Y aun en los casos en que las instituciones llevan un registro de los pesos al nacer, los datos raramente se cotejan en el plano nacional. Cuando la mayoría de los nacimientos tienen lugar fuera de las instituciones de salud, el porcentaje de casos de insuficiencia ponderal al nacer calculado sobre la base de los partos ocurridos en las instituciones puede presentar considerables desviaciones, sin que sea posible cerciorarse de la dirección ni de la magnitud de las mismas.

¹ Documento A36/7, Parte I.

² Todas las referencias que se hacen en ese contexto a las regiones geográficas se ajustan al uso corriente en las Naciones Unidas. Véase Demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1980, Nueva York, Naciones Unidas, 1982.

³ Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie "Salud para Todos", N° 4).

⁴ Estimación de la OMS (División de Salud de la Familia) basada en datos de distintas procedencias.

12. La última encuesta mundial sobre la incidencia de insuficiencia ponderal al nacer (menos de 2500 g)¹ preparada por la OMS estuvo basada en la información disponible hasta 1979.² El Cuadro 1 contiene los datos actualizados de esta encuesta, por regiones geográficas, expresándose las informaciones antiguas y nuevas tanto en términos del número estimado de nacimientos como del porcentaje de recién nacidos con insuficiencia ponderal. Para facilitar las comparaciones con la encuesta anterior, se ha incluido además el porcentaje estimado para 1979 de lactantes con insuficiencia ponderal (véase igualmente Fig. 1 en la página 8).

13. La última investigación, realizada a fines de 1983, permitió obtener nuevos datos sobre 90 países; hasta entonces no se había conseguido información alguna acerca de 18 de ellos (incluidos 14 países en desarrollo). La incidencia estimada de insuficiencia ponderal al nacer, en el plano mundial y en la mayoría de las regiones, es más baja en 1982 que en 1979; es difícil determinar si esta diferencia es resultado de un mejoramiento real de la situación o de una mayor disponibilidad y fiabilidad de información. Las estimaciones precedentes sólo se modificaron cuando el tamaño de la muestra y su representatividad, así como la fiabilidad general de las nuevas observaciones, parecían justificar el cambio. Cuando los nuevos datos no mostraban una tendencia clara se han mantenido sin modificación alguna las estimaciones precedentes.

Estimaciones y tendencias mundiales

14. El número total de nacidos vivos, un 85% de los cuales, aproximadamente, tienen lugar en países en desarrollo, pasó de 122,3 millones en 1979 a 127,4 millones en 1982,³ mientras que el número total de recién nacidos con insuficiencia ponderal en los mismos años disminuyó, según las estimaciones, pasando de 20,6 millones a 20,3 millones. Así pues, la proporción mundial estimada de recién nacidos con insuficiencia ponderal disminuyó pasando de un 17% en 1979 a un 16% en 1982. En los países en desarrollo exclusivamente, la proporción de recién nacidos con insuficiencia ponderal disminuyó durante el mismo periodo pasando de un 18% a un 17%, con considerables variaciones entre las distintas regiones geográficas y aun dentro de las mismas (variaciones que van desde un 31%, en Asia meridional media y un 19% en el conjunto de Asia, hasta un 14% en Africa, un 10% en América Latina y un 7% tanto en Europa como en América del Norte).

Estimaciones y tendencias por regiones

15. Africa. La proporción de recién nacidos con insuficiencia ponderal disminuyó para el conjunto de Africa pasando de un 15% a un 14%, siendo las mejoras más importantes que se registraron en ese continente los cambios habidos en Africa septentrional (de un 13% a un 10%) y en Africa meridional (de un 15% a un 12%). No se tienen pruebas de modificaciones considerables en la mayor parte de Africa occidental y Africa oriental, mientras que la escasez de nuevos datos relativos a los países de Africa media se han traducido en una modificación muy pequeña y solamente con respecto a un país.

16. América del Norte. Sólo hubo ligeras mejoras en las tasas de Canadá y los Estados Unidos de América, que ya eran bajas, mejoras que no justifican la modificación de las estimaciones correspondientes a 1979.

¹ Dado que en la mayoría de los informes no se especifica la edad gestacional al nacer, el límite de 2500 g incluye tanto a los recién nacidos a término o prematuros realmente malnutridos como a los prematuros de peso apropiado para su edad gestacional. Algunos estudios indican que los partos prematuros en los países en desarrollo no representan más de un 25% del número total de recién nacidos con insuficiencia ponderal.

² División de Salud de la Familia, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. "The incidence of low birth weight: a critical review of available information - Fréquence de l'insuffisance pondérale à la naissance: étude critique des données" (World Health Statistics Quarterly - Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales, Vol. 33, N° 3, 1980).

³ Estimación de la División de Población de las Naciones Unidas.

CUADRO 1

ESTIMACION DEL NUMERO DE NACIDOS VIVOS Y DE RECIEN NACIDOS
CON INSUFICIENCIA PONDERAL (1982) Y PROPORCION ESTIMADA
DE RECIEN NACIDOS CON INSUFICIENCIA PONDERAL (1979 Y 1982)

Región	Nacidos vivos (en millares) 1982	Recién nacidos con insuficiencia ponderal		
		(en millares) 1982	%	
			1979	1982
<u>Africa</u>	23 148	3 233	15	14
Africa septentrional	4 814	495	13	10
Africa occidental	7 278	1 256	17	17
Africa oriental	6 930	922	14	13
Africa media	2 554	398	15	16
Africa meridional	1 372	162	15	12
<u>América del Norte</u>	4 402	299	7	7
<u>América Latina</u>	12 490	1 259	11	10
Centroamérica (continente)	3 669	448	15	12
Caribe	867	102	13	12
Sudamérica tropical	7 033	647	9	9
Sudamérica templada	921	62	8	7
<u>Asia</u>	74 885	14 601	20	19
Asia meridional occidental	4 080	302	16	7
Asia meridional media	35 311	10 798	31	31
Asia meridional oriental	12 336	2 088	18	17
Asia oriental	23 158	1 413	6	6
<u>Europa</u>	6 857	455	8	7
Europa septentrional	1 010	61	6	6
Europa occidental	1 819	105	6	6
Europa oriental	1 855	140	8	8
Europa meridional	2 173	149	9	7
<u>Oceanía</u>	507	59	12	12
<u>Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas</u>	5 111	409	8	8
<u>Mundo</u>	127 400	20 300	17	16
Países desarrollados	18 200	1 250	7	7
Países en desarrollo	109 200	19 050	18	17

Nota: Todos los cálculos se efectuaron antes de redondear las cantidades.

Fuente: Nacidos vivos: División de Población de las Naciones Unidas; proporción de insuficiencia ponderal al nacer: OMS (División de Salud de la Familia), sobre la base de datos de diversas procedencias.

17. América Latina. La proporción general de recién nacidos con insuficiencia ponderal pasó de un 11% a un 10%, y sobre la base de datos nacionales hay pruebas de mejoras reales en algunos países, por ejemplo Cuba, Panamá, Uruguay y Venezuela.

18. Asia. Aunque la incidencia general de insuficiencia ponderal al nacer ha pasado de un 20% a un 19%, no parece que la situación se haya modificado en los países más poblados (Bangladesh, India y Pakistán), donde las tasas (del 30% al 50%) figuran entre las más altas del mundo. Las tasas bajas que se registran en algunos países de Asia meridional occidental, acerca de los cuales no se disponía antes de información, reducen la estimación para esta subregión a un 7%. Los cambios más notables en Asia meridional oriental se produjeron en Singapur y Tailandia. La proporción de recién nacidos con insuficiencia ponderal en Asia oriental permaneció invariable, a la tasa, muy baja, de un 6%.

19. Europa. En esta región la incidencia general disminuyó, pasando de un 8% a un 7%, aunque también esta disminución puede atribuirse en parte a una mayor disponibilidad y fiabilidad de la información, sobre todo en relación con un gran país. Se registraron muy pocos cambios en los países donde las tasas ya eran bajas (menos de un 5%) en 1979, y tampoco se observaron modificaciones considerables en Europa oriental.

20. En conclusión, el peso al nacer como medida del resultado del periodo de la vida humana en que el crecimiento y el desarrollo son más rápidos - es decir, el periodo intrauterino - es el indicador más significativo de las posibilidades de supervivencia y de crecimiento y desarrollo sanos de un recién nacido. También es un instrumento útil para medir el desarrollo sanitario y socioeconómico general. Entre los factores asociados al resultado del embarazo en cuanto al peso al nacer figuran los siguientes: edad gestacional; estado nutricional, edad y estatura o peso de la madre; intervalo entre dos embarazos sucesivos; paridad; situación socioeconómica; instrucción, hábito de fumar; y morbilidad de la madre durante el embarazo.

21. Como ocurre con muchos otros problemas de salud, es de prever que la reducción del número de casos de insuficiencia ponderal al nacer se produzca como resultado de un desarrollo socioeconómico equilibrado y, en particular, de la extensión de una atención de salud apropiada que beneficie a los grupos más expuestos. Sin embargo, no quiere decir esto que el sector de la salud no tenga la posibilidad de intervenir de manera inmediata para reducir la incidencia de insuficiencia ponderal al nacer. La prevención y el tratamiento de las enfermedades durante el embarazo y la promoción de una ingesta alimentaria apropiada como función de la producción de energía, combinada con una reducción de la carga de trabajo, son ejemplos de posibles medidas. Sin embargo, sólo son válidas en tanto que se consiga superar dos principales limitaciones, a saber: la dificultad de llegar a las poblaciones expuestas y de conseguir su participación; y el desarrollo de una tecnología apropiada para la aplicación eficaz de los conocimientos científicos en las condiciones prevalentes.

22. El criterio de la atención primaria de salud ofrece la mejor oportunidad para hacer extensivo a las poblaciones rurales y periurbanas insuficientemente atendidas el sistema de apoyo indispensable para reducir el problema de la insuficiencia ponderal al nacer y para limitar sus consecuencias.¹

¹ En una reunión de consulta patrocinada por la OMS en Ginebra en mayo de 1982 se prepararon pautas sobre la alimentación de los lactantes con insuficiencia ponderal al nacer y de los lactantes prematuros en diferentes condiciones socioeconómicas. Entre esas pautas figuraban ciertos aspectos del problema tales como las características fisiológicas de los recién nacidos con insuficiencia ponderal; sus necesidades nutricionales; los métodos y tecnologías de alimentación disponibles y las ventajas de la lactancia natural; el apoyo a la madre de un recién nacido con insuficiencia ponderal; y el establecimiento de bancos de leche, así como la necesidad de establecer tecnologías apropiadas con este fin en los países en desarrollo.

FIG. 1
PREVALENCIA DE LACTANTES CON INSUFICIENCIA PONDERAL AL NACER, POR PAISES, 1982

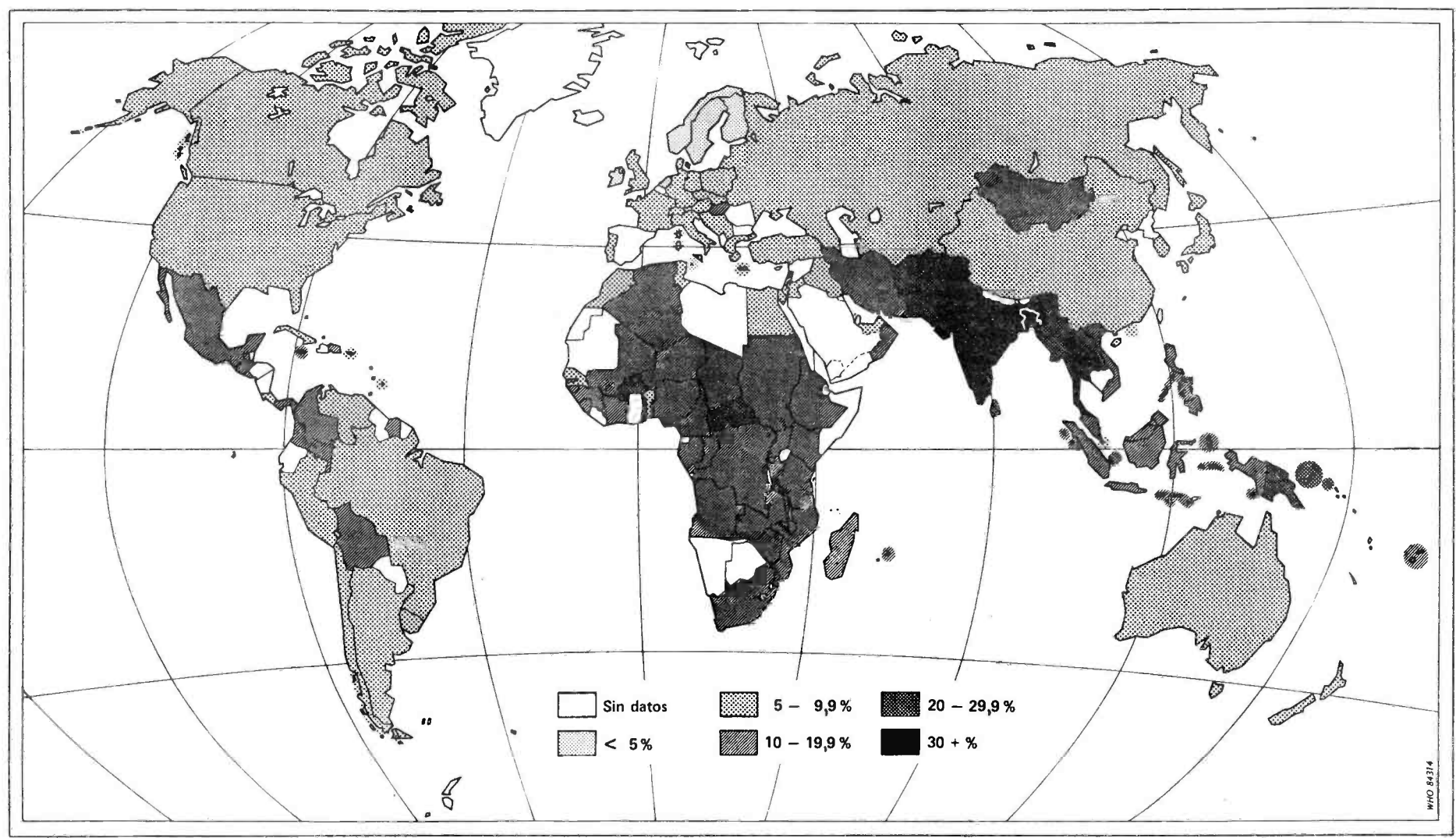
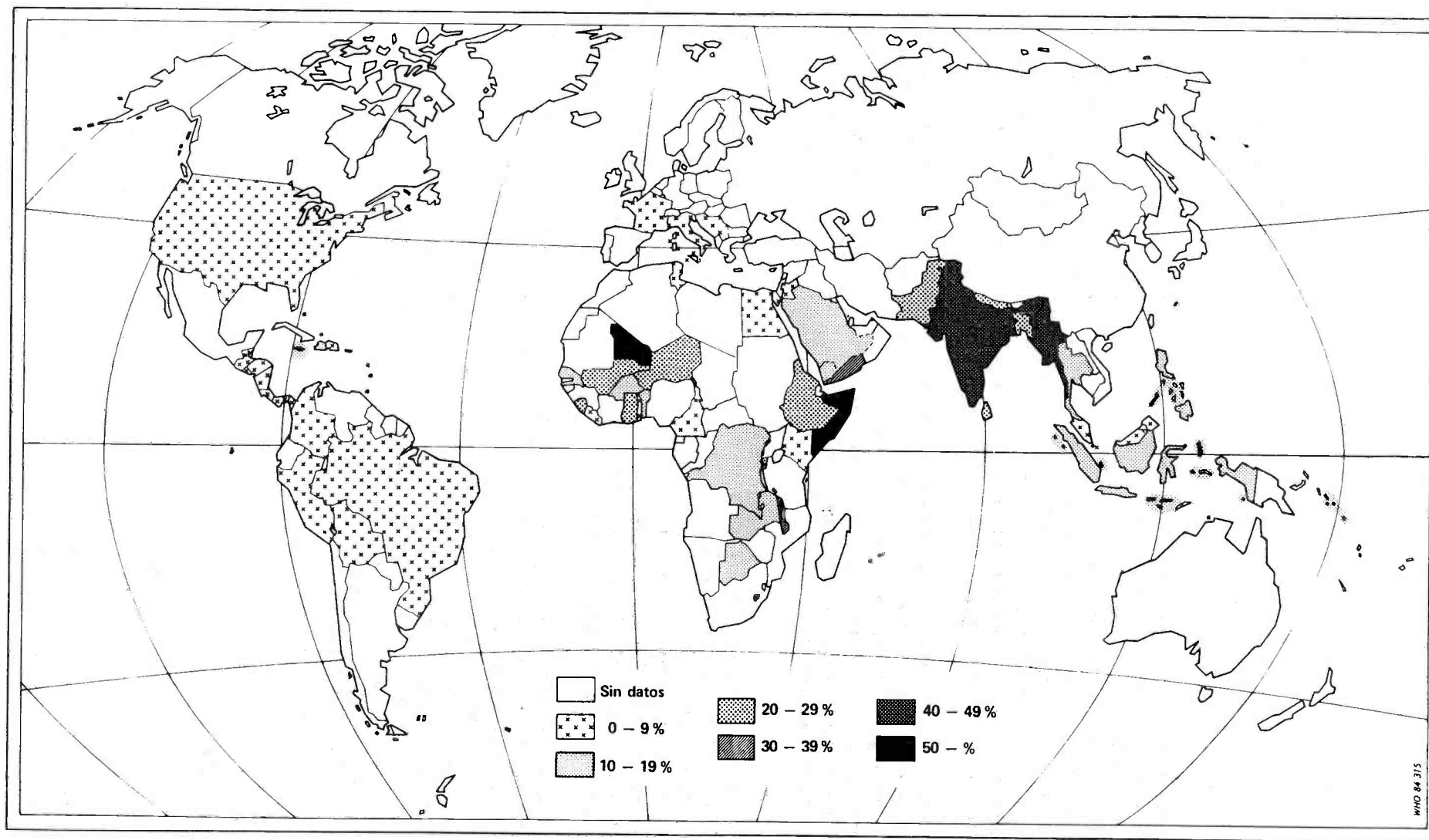


FIG. 2

PREVALENCIA DE MALNUTRICION AGUDA (EMACIACION) EN LACTANTES DE UN AÑO DE EDAD, POR PAISES DE ORIGEN DEL INFORME



COMPARACION DE LAS TENDENCIAS EN LA PREVALENCIA DE MALNUTRICION PROTEINOENERGETICA ENTRE LOS NIÑOS DE MENOS DE 5 AÑOS, POR REGIONES GEOGRAFICAS (1963-1983)

23. Un peso al nacer de 2500 g como mínimo, juntamente con el logro de un crecimiento adecuado expresado por la relación entre el peso y la edad, constituye uno de los 12 puntos incluidos en la breve lista de indicadores para la vigilancia y evaluación mundiales de la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000.¹ Los progresos realizados hacia el logro de esas y otras metas son objeto de evaluación y notificación a cargo de la OMS y de sus Estados Miembros en los planos nacional, regional y mundial. En este contexto es de considerable interés la información sobre las tendencias recientes, que ha de permitir evaluar las tendencias actuales y futuras.

24. En el Cuadro 2 se compara el porcentaje y el número bruto estimado de niños malnutridos de menos de 5 años en los países en desarrollo, por regiones, y en dos periodos, a saber, 1963-1973 y 1973-1983. Las tendencias en la prevalencia de la malnutrición proteinoenergética (MPE) se estimaron comparando los resultados de varias encuestas realizadas durante el primer periodo con otras encuestas análogas ejecutadas durante el segundo. Se tropezó con ciertas dificultades, entre ellas el hecho de que las encuestas fueron realizadas en momentos diferentes durante los dos periodos. Los intervalos entre las encuestas eran irregulares y el limitado número de datos nacionales, así como las variaciones entre muestras y lugares de encuesta hicieron difícil estimar con precisión las tendencias.

25. El número total de casos medidos en el primero de los dos decenios señalados fue relativamente pequeño: unos 52 000 en 29 países. La información correspondiente al segundo decenio fue algo mejor, ya que incluyó la medición de 93 000 niños en 43 países. Sin embargo, en los dos decenios no siempre se estudiaron los mismos países, y la mayoría de las encuestas más fidedignas sobre muestras nacionales fueron realizadas durante el segundo decenio. Es evidente, pues, que sobre esta base sólo cabe hacer una estimación muy aproximada de las tendencias.

26. A causa de la frecuencia con que se la utiliza en las encuestas epidemiológicas para determinar la prevalencia de la MPE, la relación peso para la edad fue empleada como indicador de comparación. Antes de mediados del decenio de 1970 eran pocas las encuestas en que se utilizaba la relación peso-estatura (para medir la delgadez o la emaciación) o la relación estatura-edad (para medir la cortedad de talla o el retraso del crecimiento) como indicadores de malnutrición, aunque actualmente se reconoce que la relación peso-edad es una combinación de esos dos indicadores más específicos.

27. Una reciente comparación de los datos relativos a la malnutrición en el plano mundial² mostró que el bajo peso para la edad era casi siempre un reflejo aproximado de la proporción de niños con baja estatura para la edad, particularmente en los grupos de edad de más de 2 años. Ello hace pensar que el retraso del crecimiento es la forma dominante de malnutrición, y que una mayor proporción de los niños de bajo peso para la edad sufrirá de este retraso antes que de emaciación, contrariamente a la imagen de la malnutrición que difunden los medios de información de masa. Sin embargo, esta tendencia no excluye la posibilidad de que las modificaciones del porcentaje de niños con bajo peso para la edad puedan traducirse en modificaciones en el peso para la estatura o en la estatura para la edad, o en ambas relaciones.³ La distribución geográfica del peso insuficiente para la estatura o malnutrición aguda en lactantes de un año se indica en Fig. 2, p. 9.

¹ Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie "Salud para Todos", N° 3), p. 81.

² Keller, W. & Fillmore, C. M. "Prevalence of protein-energy malnutrition - Prévalence de la malnutrition protéine-énergétique" (World Health Statistics Quarterly - Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales, Vol. 36, N° 2, 1983).

³ Véase a este respecto el Cuadro 1, Estimación de la prevalencia y del número de casos de deficiencia nutricional en países en desarrollo, por regiones, en el documento A36/7, p. 8.

CUADRO 2

ESTIMACION DE LA PREVALENCIA DE MALNUTRICION PROTEINOENERGETICA (MPE),
POR REGIONES, DETERMINADA COMO PORCENTAJE DE NIÑOS CON BAJO PESO PARA LA EDAD^a

1963-1973

1973-1983

Africa

Se procedió a la medición de 5576 niños en las encuestas realizadas en Burundi, Costa de Marfil, Jamahiriya Arabe Libia, Malawi, República Unida de Tanzania, Sudán, Togo, Túnez y Uganda:

Edad: 0	malnutridos:	18,6%
1		40,5%
2		36,7%
3		31,4%
4		28,1%
Promedio		31,1%

Número bruto de malnutridos: 19,9 millones

Se procedió a la medición de 45 084 niños en las encuestas realizadas en Alto Volta, Egipto, Etiopía, Ghana, Guinea-Bissau,* Lesotho, Liberia,* Madagascar, Níger, República del Camerún,* Sierra Leona,* Togo,* Túnez,* Uganda y Zaire:

Edad: 0	malnutridos:	15,1%
1		35,2%
2		29,9%
3		23,9%
4		23,8%
Promedio		25,6%

Número bruto de malnutridos: 21,9 millones

Las Américas^b

Se procedió a la medición de 8440 niños en las encuestas realizadas en Belize, Bolivia, Brasil, Colombia,* Costa Rica,* Dominica, Haití,* Honduras, Jamaica,* Nicaragua y República Dominicana:*

Edad: 0	malnutridos:	15,0%
1		32,9%
2		27,8%
3		25,3%
4		27,6%
Promedio		25,9%

Número bruto de malnutridos: 10,8 millones

Se procedió a la medición de 20 720 niños en las encuestas realizadas en Barbados,* Colombia,* Costa Rica,* El Salvador, Guatemala, Guyana,* Haití, Honduras, Islas Turcos y Caicos, Jamaica, Nicaragua, Panamá, San Vicente e Islas Granadinas y Trinidad y Tabago:

Edad: 0	malnutridos:	9,8%
1		21,9%
2		21,3%
3		17,4%
4		17,9%
Promedio		17,7%

Número bruto de malnutridos: 8,6 millones

Asia^c

Se procedió a la medición de 37 050 niños en las encuestas realizadas en Filipinas, India,* Irán, Yemen y Yemen Democrático:

Edad: 0	Malnutridos:	24,9%
1		62,8%
2		66,1%
3		54,2%
4		45,3%
Promedio		50,6%

Número bruto de malnutridos: 94,8 millones

Se procedió a la medición de 25 673 niños en las encuestas realizadas en Bangladesh,* Birmania, India, Indonesia, Irán, Jordania, Malasia, Nepal,* Sri Lanka,* Yemen y Yemen Democrático:

Edad: 0	malnutridos:	25,9%
1		60,0%
2		61,4%
3		60,2%
4		62,5%
Promedio		54,0%

Número bruto de malnutridos: 114,6 millones

Oceanía^d

Se procedió a la medición de 787 niños en una encuesta realizada en las Islas Salomón:

Edad: 0	malnutridos:	15,6%
1		26,8%
2		20,3%
3		23,4%
4		24,0%
Promedio		22,0%

Número bruto de malnutridos: 0,5 millones

Se procedió a la medición de 1519 niños en las encuestas realizadas en Kiribati, Papua Nueva Guinea y Samoa:

Edad: 0	malnutridos:	3,9%
1		21,3%
2		17,3%
3		5,6%
4		9,0%
Promedio		11,5%

Número bruto de malnutridos: 0,3 millones

Estimación del número y porcentaje de niños malnutridos de menos de 5 años de edad en países en desarrollo de las regiones mencionadas:

1963-1973: 125,9 millones (42,7%)

1973-1983: 145,4 millones (42,3%)

Nota: Las cifras de población de niños de menos de 5 años fueron tomadas de: Demographic indicators of countries: estimates and projections as assessed in 1980. Naciones Unidas, Nueva York, 1982 (ST/ESA/SER.A/82).

^a Definido como menos de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de la población de referencia del United States National Center for Health Statistics.

^b Con exclusión de Argentina, Chile, Paraguay y toda América del Norte.

^c Con exclusión de China, Hong Kong, Japón, Mongolia, República de Corea, República Popular Democrática de Corea y la URSS; estimación ponderada para la India.

^d Con exclusión de Australia y Nueva Zelandia.

* Encuestas nacionales.

28. Al tratar de medir la prevalencia de MPE no es posible decir con certeza si las mejoras observadas (en forma de disminución del porcentaje de niños con bajo peso para la edad) son el resultado de una disminución general del número de niños que padecen emaciación, de un aumento global de la estatura de los niños o acaso de una combinación de los dos factores. Lo mismo podría decirse si se detectara un aumento del porcentaje de niños malnutridos, según la relación peso para la edad. Aun en el supuesto de que el porcentaje de niños de bajo peso para la edad permaneciera aproximadamente invariable durante un periodo determinado, sería igualmente posible que hubiese aumentado la emaciación al tiempo que disminuía el retraso del crecimiento, o viceversa. A pesar de sus evidentes inconvenientes, la relación peso para la edad ha seguido siendo el indicador de malnutrición más consistentemente utilizado en el estudio de los datos de las encuestas durante los últimos veinte años. Por consiguiente, en el presente contexto, los términos "malnutrición" y "malnutrido" se refieren exclusivamente a los niños con bajo peso para la edad.

29. Cuando se trata de determinar las tendencias en materia de malnutrición es indispensable, además de emplear el mismo indicador o los mismos indicadores para la comparación de datos, utilizar también el mismo límite para distinguir entre los niños malnutridos y los que no padecen malnutrición. Además, dado que hay una fluctuación considerable en el porcentaje de niños malnutridos en las diferentes edades, es necesario desglosar los datos por grupos de edad de 1 año.

30. Cuando los datos procedentes de las Américas (con exclusión de Argentina, Chile, Paraguay y la totalidad de América del Norte) fueron reducidos a un promedio por grupo de edad, cada grupo mostró cierta tendencia al mejoramiento; es decir que entre 1973 y 1983 se encontraron proporcionalmente menos niños malnutridos, sobre la base del bajo peso para la edad, que entre 1963 y 1973. La misma tendencia se observó en África (véase el Cuadro 2). Sin embargo, mientras que es posible que en las Américas se haya conseguido alguna mejora en cuanto a disminución del número absoluto de niños malnutridos, en África las cifras absolutas permanecieron considerablemente constantes durante ese periodo como resultado de un aumento general de la población.

31. El tamaño de la muestra nacional es demasiado pequeña para poder formular una observación general sobre las tendencias en la MPE en Oceanía (con exclusión de Australia y Nueva Zelandia), aunque, según las encuestas analizadas, es muy posible que la MPE esté disminuyendo en esa región. Cuando se estableció el promedio de los datos correspondientes a Asia (con exclusión de China, Hong Kong, Japón, Mongolia, República de Corea, República Popular Democrática de Corea y la URSS, y utilizando datos ponderados para la India), no pareció que prosiguiera la tendencia a la mejora en cuanto a prevalencia de la MPE. En cifras absolutas, la situación parece haberse agravado.

32. En conclusión, el problema de la malnutrición entre los niños no ha empeorado, al parecer, en los países en desarrollo de las regiones examinadas, si ese problema se expresa en porcentajes basados en la relación peso para la edad. En cambio, el aumento de la población ocurrido durante los últimos veinte años parece haberse traducido en un número absoluto de niños malnutridos de menos de 5 años de edad ligeramente mayor de lo que era diez años atrás por regla general. Esas observaciones de conjunto no excluyen, por supuesto, ejemplos de países donde se ha registrado una reducción considerable del número de niños malnutridos tanto en porcentaje como en cifras absolutas, como ocurre, por ejemplo, en Bangladesh, Colombia y Costa Rica.

33. Es interesante señalar la analogía entre la presente estimación mundial y el primer intento que hizo la OMS en 1974 de utilizar indicadores para establecer una visión global de la situación en materia de malnutrición proteinoenergética.¹ Aunque en el primero de esos estudios se utilizó una serie de indicadores y grupos de edad, se estimaba todavía que no eran más de 100 millones los niños malnutridos, sobre la base de los datos recogidos entre 1963 y 1973,

¹ Bengoa, J. M. & Donoso, G. Prevalence of protein-calorie malnutrition, 1963-1973. PAG. Bulletin, Vol. IV, No 1, 1974.

incluidos los países de Sudamérica templada. En el futuro quizá sea posible obtener estimaciones más precisas de las tendencias, que arrojen más luz sobre los tipos de malnutrición, mediante un mayor uso de indicadores más específicos, como el peso para la estatura y la estatura para la edad. En la etapa actual, sin embargo, la información basada en la relación peso para la edad por sí sola ya da una idea bastante clara de la gravedad de la situación mundial, de su evolución a lo largo del tiempo y de la magnitud del problema que debe abordarse para realizar verdaderos progresos en la prevención y la lucha contra la malnutrición de los niños de menos de 5 años.

DEFICIENCIAS ESPECIFICAS EN MATERIA DE NUTRICION

34. Aunque ciertos signos permiten considerar que la situación mundial está mejorando un poco en términos relativos, las cifras absolutas de personas que padecen anemia nutricional, en particular anemia ferropénica y bocio endémico y deficiencia de vitamina A, sugieren rotundamente la necesidad de redoblar las medidas de prevención y tratamiento en todos los escalones. La conclusión se impone tanto más si se piensa que se han establecido ya tecnologías relativamente baratas - y que se aplican con eficacia en el plano de los países - para luchar contra el bocio y la deficiencia de vitamina A. Los progresos en la lucha contra la anemia ferropénica son más difíciles. Y, sin embargo, no deja de ser alentador pensar en la contribución que los sistemas de salud organizados conforme a los principios de la atención primaria de salud pueden aportar al aumento de la eficacia de los programas de lucha contra la anemia.

Prevalencia de la anemia nutricional entre las mujeres de los países en desarrollo

35. La anemia nutricional afecta a todos los grupos de edad y a ambos sexos, incluidos los niños de edad preescolar, que son extremadamente vulnerables. El problema es particularmente agudo en el caso de las mujeres, sin embargo, y contribuye en medida considerable a la morbilidad y mortalidad maternas. Se estima que la anemia nutricional afecta a cerca de dos tercios¹ de las mujeres embarazadas y a la mitad de las mujeres no embarazadas de los países en desarrollo.

36. En la publicación World Health Statistics Quarterly - Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales² se publicó un estudio basado en la información disponible hasta 1978 sobre la prevalencia de anemia entre las mujeres de los países en desarrollo. La actualización de esta información, emprendida a fines de 1983, ha tendido a confirmar simplemente el status quo. Así, en general, la actual prevalencia de anemia nutricional entre las mujeres de edad fecunda en los países en desarrollo es la misma notificada para 1978: la mitad de esas mujeres - 290 millones de un total estimado de 580 millones de mujeres en 1982³ - padecen anemia causada por deficiencia de uno o más nutrientes esenciales (principalmente hierro, más folato durante el embarazo).

37. En 1984, la situación en el mundo en desarrollo es la siguiente, región por región:

- en Africa, el 63% de los 19,1 millones de mujeres embarazadas y el 40% de los 94,4 millones de mujeres no embarazadas están anémicas;

¹ Concentraciones de hemoglobina por debajo de las cuales la anemia es probable a nivel del mar entre las mujeres adultas, no embarazadas (12 g/100 ml) y embarazadas (11 g/100 ml). (Véase: OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 503, 1972.)

² Royston, E. "The prevalence of nutritional anaemia in women in developing countries: a critical review of available information - La prévalence de l'anémie nutritionnelle chez les femmes des pays en développement : Etude critique des données" (World Health Statistics Quarterly - Rapport trimestriel de Statistiques sanitaires mondiales Vol. 35, N° 2, 1982).

³ Estimación de la OMS (División de Salud de la Familia), basada en datos demográficos de las Naciones Unidas (con exclusión de China).

- en Asia, el 65% de los 44,3 millones de mujeres embarazadas y el 57% de los 325,1 millones de mujeres no embarazadas (con exclusión de China) están anémicas;
- en las Américas, el 30% de los 10,3 millones de mujeres embarazadas y el 15% de los 83,2 millones de mujeres no embarazadas están anémicas.

38. En términos generales, los progresos realizados en la lucha contra la anemia han sido hasta ahora muchos menos satisfactorios que en el caso, por ejemplo, de la lucha contra la deficiencia de vitamina A o contra el bocio endémico. Este hecho obedece a varias razones, a saber: 1) el hecho de que, aunque el contenido de hierro de la mayoría de las dietas es suficiente, la tasa de absorción real es baja; 2) la relativa insuficiencia de los medios de lucha hasta ahora disponibles, así como de las medidas encaminadas a conseguir una modificación de las dietas; y 3), con particular referencia a la distribución de tabletas de hierro, la dificultad de llegar a los grupos vulnerables y de conseguir su cooperación en los programas de prevención, habida cuenta de la larga duración del tratamiento y de la frecuencia con que se producen efectos secundarios. Aunque en muchos países se ha iniciado la lucha contra la anemia ferropénica mediante la distribución masiva de tabletas de hierro, son muy pocos al parecer los programas de esta clase que han resultado eficaces.¹

39. Los recientes ensayos sobre el terreno de fortificación de los alimentos con hierro, ejecutados en Guatemala, la India y Tailandia, aunque no son concluyentes parecen indicar el camino hacia una nueva modalidad eficaz de suplementación con hierro de la dieta de la población general. Pero la anemia no es solamente un problema de falta de hierro en la dieta, aunque ello puede ser también un problema. Es necesario además tratar de eliminar los obstáculos a la absorción del hierro que surgen en el organismo como resultado de los desequilibrios alimentarios generales, y de compensar los efectos de las pérdidas de hierro debidas, por ejemplo, a los parásitos y a los embarazos demasiado frecuentes.

40. Es necesario multiplicar considerablemente las actividades de investigación y desarrollo si se quiere conseguir que la suplementación con hierro y otras iniciativas obren efectos apreciables en la lucha contra la anemia. El descubrimiento de preparaciones de hierro de efectos prolongados para consumo oral, exentas de efectos secundarios, constituiría un gran adelanto en este sector, y la industria farmacéutica está trabajando activamente en la investigación y desarrollo de esa clase de preparados. De manera análoga, el descubrimiento de un procedimiento sencillo para determinar las concentraciones críticas de hemoglobina, en particular de un sistema cuyo empleo pudiera generalizarse entre las distintas categorías de personal de salud de los sistemas sanitarios basados en el criterio de la atención primaria, facilitaría en gran medida la localización de los enfermos de anemia. Los métodos actuales son poco fiables o resultan demasiado complicados o costosos para que su empleo pueda generalizarse, sobre todo en los países en desarrollo.²

Enfermedades relacionadas con la deficiencia de yodo

41. La deficiencia de yodo es el principal factor causante del bocio endémico, epidemiológicamente asociado al cretinismo, a la sordomudez y a la deficiencia mental. La prevalencia y gravedad del bocio entre las mujeres reviste particular importancia a causa del peligro de cretinismo que entraña para la descendencia.

¹ Los problemas que plantea la distribución masiva de tabletas de hierro, así como sus posibles efectos en la lucha contra la anemia emprendida por los sistemas de salud organizados conforme a los principios de la atención primaria de salud, figuraron entre los temas debatidos en un simposio organizado por la OMS en el contexto del IV Congreso Asiático sobre Nutrición, que se celebró en Bangkok en noviembre de 1983.

² Una de esas técnicas para evaluar las concentraciones críticas de hemoglobina fue desarrollada por el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (OPS/OMS), y ensayada sobre el terreno por agentes de salud de la comunidad en un país de la Región de las Américas. Un organismo bilateral de desarrollo se ha declarado dispuesto a prestar asistencia para la producción industrial en masa del instrumento de medición empleado en esa técnica.

42. La incidencia y distribución mundial del bocio endémico están bien documentadas; la enfermedad afecta a más de 200 millones de personas.¹ Mientras que en América del Norte, Centroamérica y Europa ha dejado de constituir un problema de importancia para la salud pública, no puede decirse lo mismo de ciertas partes de América del Sur, en particular Bolivia, el Ecuador y el Perú. El bocio endémico sigue siendo una enfermedad grave y difundida en África, y en varios países de Asia y el Pacífico.

43. Existen técnicas sencillas y baratas, de eficacia demostrada, para combatir la deficiencia de yodo. No requieren el empleo de una tecnología complicada y pueden utilizarse en cualquier lugar del mundo. Por más modestos que sean los programas de lucha contra el bocio endémico, tanto por su alcance como por su costo, su ejecución eficaz sólo en parte es un problema médico. Otra dimensión importante es la voluntad política de mejorar la situación sanitaria de la totalidad de la población y de superar los diversos obstáculos geográficos, económicos y administrativos asociados a la elección y distribución de vehículos prácticos para la complementación con yodo.

44. Los comités regionales han reconocido la necesidad de que la OMS fomente activamente programas de lucha en los países donde la deficiencia de yodo sigue constituyendo una amenaza para la salud pública. Los gobiernos de las regiones afectadas están ejecutando programas de esta clase, con el apoyo de la OMS y del UNICEF, incluido su Programa Mixto de Fomento de la Nutrición, en Sudamérica (véanse los párrafos 52 a 55).

Deficiencia de vitamina A

45. La xeroftalmía, enfermedad de los ojos causada por la deficiencia de vitamina A, puede conducir en sus formas graves a la ceguera nutricional por reblandecimiento de la córnea (queratomalacia) y a la destrucción del ojo. La tasa de mortalidad entre más de un millón de niños de edad preescolar que, según las estimaciones, pierden la vista cada año a causa de la xeroftalmía es muy alta (del 60% al 70%). Aun los casos leves de xeroftalmía contribuyen a un aumento de la morbilidad y la mortalidad en los niños pequeños. La enfermedad se observa en varios países en desarrollo de África, Asia y el Pacífico Occidental, con focos aislados en el Caribe y América Latina.

46. Como en el caso del bocio endémico, se dispone de técnicas sencillas y relativamente poco costosas para combatir la deficiencia de vitamina A, en particular mediante la distribución periódica en masa de grandes dosis de vitamina A y la fortificación de ciertos alimentos. Sin embargo, los obstáculos ambientales y de organización que dificultan la administración de suplementos de vitamina A son análogos y no menos difíciles de salvar en la práctica.

47. La información recibida recientemente de tres de los países más poblados - Bangladesh, India e Indonesia - entre los que tienen en ejecución programas de lucha contra la xeroftalmía ofrece ejemplos alentadores de lo que puede conseguirse mediante programas de lucha concentrados. Los datos recientes de Bangladesh muestran que el programa de distribución de vitamina A ha alcanzado al 80% de la población expuesta. El Instituto Nacional de Nutrición de la India notifica que el programa nacional de distribución ha permitido reducir considerablemente la prevalencia de xeroftalmía y ceguera nutricional entre los niños de edad preescolar. Análogas tendencias se han observado recientemente en Indonesia, en las provincias de Aceh, Bali, Java Central y Lombok, donde el programa nacional es objeto de estrecha supervisión. En cambio, la prevalencia de xeroftalmía ha permanecido estable, al parecer, y aun ha aumentado en algunos casos, en las provincias donde no se ejecuta el programa.

48. En Indonesia se está ensayando además la posibilidad de fortificar el glutamato monosódico con palmitato de retinol con el fin de aportar a la dieta familiar una fuente adicional de vitamina A fácilmente disponible y consumible. En Centroamérica sigue en ejecución, con gran eficacia, un programa de fortificación del azúcar con vitamina A que se inició en 1975; la distribución del azúcar fortificado corre a cargo de la red de servicios de pediatría del sistema de atención primaria de salud de los países que participan en el programa.

¹ DeMaeyer, E. M., Lowenstein, F. W. y Thilly, C. H. La lucha contra el bocio endémico, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979.

Parte II

ALIMENTACION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

49. El presente informe es el tercero de los que han sido preparados de conformidad con lo dispuesto en la resolución WHA33.32, en la que se pide al Director General que presente a la Asamblea de la Salud, por primera vez en 1981 y subsiguientemente en los años pares, un informe sobre las medidas adoptadas por la OMS para fomentar la lactancia natural y mejorar la alimentación del lactante y del niño pequeño.

50. Lo mismo que los precedentes,¹ el presente informe está estructurado en torno a los cinco temas siguientes:

- fomento y apoyo de la lactancia natural;
- promoción y apoyo de prácticas apropiadas y oportunas de alimentación complementaria (destete) mediante el uso de recursos alimentarios locales;
- fortalecimiento de la educación, la enseñanza y la información sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño;
- incremento del apoyo en favor del mejoramiento de la salud y la condición social de la mujer, en relación con la alimentación del lactante y del niño pequeño;
- comercialización y distribución adecuadas de los sucedáneos de la leche materna.

Se presenta información sobre la comercialización y distribución apropiadas de sucedáneos de la leche materna de conformidad con el Artículo 11.7 del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, en el que se dispone que se presente un informe a la Asamblea de la Salud los años pares sobre la situación en lo que se refiere a su aplicación.

51. La información relativa a la aplicación del Código Internacional está limitada a los nuevos hechos ocurridos desde la preparación de la parte correspondiente del informe que el Director General presentó al Consejo Ejecutivo en enero de 1983 y a la 36^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1983.² Esa información, sin embargo, deberá leerse a la luz de aquel informe, y de la sección VI del informe presentado a la 35^a Asamblea Mundial de la Salud.³ En su conjunto, los tres informes ofrecen una visión general de las medidas que han adoptado más de 120 países y territorios de todas las regiones de la OMS para dar efecto al Código Internacional desde que éste fue adoptado en mayo de 1981.

Programa Mixto OMS/UNICEF de Fomento de la Nutrición

52. Con posterioridad a la presentación del último informe sobre la situación en mayo de 1982, el Gobierno de Italia formuló un ofrecimiento en firme de US\$ 85,3 millones, que ha permitido a la OMS y al UNICEF organizar el Programa Mixto de Fomento de la Nutrición, que es un plan quinquenal para aumentar el apoyo a las actividades nacionales encaminadas a organizar en varios países en desarrollo programas de nutrición dentro de la atención primaria de salud.

53. El Programa, centrado primordialmente en la atención primaria de salud, tiene como principales objetivos la reducción de la morbilidad y la mortalidad de lactantes, la promoción del crecimiento y desarrollo de los niños y el mejoramiento de la nutrición materna. Se trata de alcanzar esos objetivos mediante el fortalecimiento de la capacidad de los países para resolver sus problemas, una mayor colaboración entre todos los sectores nacionales y los organismos

¹ Documento A34/7 presentado a la 34^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1981; Anexo 5 del documento WHA35/1982/REC/1, que contiene el informe presentado a la 35^a Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1982.

² Documentos EB71/21 y A36/7, Parte III, respectivamente.

³ Documento WHA35/1982/REC/1, Anexo 5.

internacionales pertinentes, una mayor prioridad a las familias de bajos ingresos con mujeres y niños, y una mejor difusión de la información existente. El mecanismo de evaluación incorporado al Programa tiene por objeto facilitar la modificación de las actividades del proyecto actual según un criterio flexible, y simplificar la evaluación de sus efectos.

54. Están en ejecución o se han planeado proyectos nacionales apoyados por el Programa en Angola, Birmania, Dominica, Etiopía, Haití, Malí, Mozambique, Nepal, Nicaragua, el Níger, el Perú, la República Unida de Tanzania, San Vicente y las Granadinas, Somalia y el Sudán; y para la lucha contra el bocio endémico, en Bolivia, el Ecuador y el Perú. Todos esos proyectos forman parte integrante de los planes de desarrollo nacional, incluidos los programas de salud y nutrición, de los países mencionados. Aunque las actividades del proyecto corresponden primordialmente al sector de la salud, participan también otros sectores afines, por ejemplo los de agricultura, educación y desarrollo de la comunidad.

55. En el presente informe, las actividades del Programa Mixto se reseñarán bajo los correspondientes epígrafes.

FOMENTO Y APOYO DE LA LACTANCIA NATURAL

Talleres

56. La OMS sigue prestando asistencia a los gobiernos patrocinando la organización de talleres nacionales, regionales e interregionales en los que participa y que tienen por objeto proteger la lactancia natural en donde se practique, y fomentar dicha práctica en los lugares en donde está cayendo en desuso. Se ha comprobado la utilidad de esos talleres como medio para contribuir a señalar a la atención de las autoridades la importancia de la lactancia natural por cuanto contribuye directamente a la ejecución eficaz de las políticas sobre alimentación y nutrición, al mejoramiento de la salud de la madre y el niño y al apoyo de los objetivos de planificación de la familia. Se ha comprobado igualmente que esos talleres son un medio sumamente eficaz para imbuir mejor a las autoridades de la importancia de una información precisa y actualizada sobre las prácticas de alimentación como requisito previo para la formulación de políticas bien fundamentadas en esos sectores. Los talleres facilitan además a las personas que participan más directamente en ellos - personal de salud de todos los escalones de la atención primaria, con inclusión, en particular, de enfermeras y parteras, así como de nutriólogos, pediatras, especialistas en obstetricia, autoridades de planificación y administración sanitaria, sociólogos, especialistas en educación sanitaria y legisladores - valiosas oportunidades para intercambiar pareceres, aprender de la experiencia de los demás y, según los casos, recibir adiestramiento en las técnicas de vigilancia y control de la alimentación de los lactantes. Más adelante se insistirá en señalar esos diversos aspectos de la función que desempeñan los talleres como medio para fomentar y apoyar la lactancia natural.

Cooperación con los diversos grupos interesados

57. Habida cuenta de la importante contribución que pueden aportar a la promoción de la lactancia natural las organizaciones no gubernamentales, incluidas las agrupaciones de consumidores, así como los organismos bilaterales de desarrollo, y otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, la OMS colabora en todo lo posible con esas corporaciones. Así, por ejemplo, conjuntamente con el UNICEF y con la Liga de la Leche Internacional, copatrocinó una conferencia internacional sobre apoyo de la comunidad para la alimentación del lactante y del niño pequeño (Kingston, Jamaica, noviembre de 1982) en la que se habló de la necesidad de conseguir el apoyo de la comunidad para las madres y de fortalecer las agrupaciones activas de la comunidad.

58. La OMS colaboró asimismo con la Asociación Internacional de Pediatría en la organización de un simposio internacional (Ankara, Turquía, noviembre de 1982) que versó sobre toda una serie de cuestiones, incluidos los factores y las tendencias que influyen en la lactancia natural, el destete precoz y sus consecuencias, la lactación y la fecundidad, el llamado "síndrome de la insuficiencia de leche" y la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. La reunión tenía por objeto preparar una serie de pautas de orientación para la acción de las asociaciones nacionales de pediatría.

Vigilancia de la lactancia natural

59. En varios países se ha aplicado con éxito, con miras a sentar una base sólida para una acción eficaz, una metodología simplificada que ha establecido la OMS para determinar las modalidades de alimentación del lactante y del niño pequeño,¹ con módulos optativos para el acopio de información sobre prácticas anticoncepcionales, enfermedades diarreicas, infecciones de las vías respiratorias e inmunización. Las experiencias y los problemas planteados en un ensayo previo de esta metodología en Jamaica, el Paraguay, Portugal y Sri Lanka fueron examinados por un grupo de expertos de varias disciplinas, en una reunión de evaluación que se celebró en Jamaica, en mayo de 1982, con el fin de perfeccionar la metodología. Los resultados obtenidos en los estudios realizados en esos cuatro países se resumen en el Cuadro 3.

60. Sobre la base de la evaluación de la experiencia obtenida en esos cuatro países se modificó la metodología, prestándose particular atención al procedimiento de selección de las muestras y a las instrucciones de organización. También se añadió al texto principal una sección sobre análisis de datos. Puesta ya en aplicación la metodología revisada, los principales investigadores nacionales volvieron a reunirse en Ginebra, en noviembre-diciembre de 1983 con el fin de establecer un modelo común para la presentación de informes y de fijar pautas para la preparación del informe de conjunto sobre los resultados nacionales.

61. Se ha previsto la celebración de una serie de talleres regionales de formación para personal de los ministerios nacionales de salud con el fin de acelerar y facilitar la aplicación de la metodología de la OMS en las Regiones de Africa, Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental. Estas reuniones se celebrarán en Abidjan (Costa de Marfil), en noviembre de 1982, para participantes del Alto Volta, el Congo, la Costa de Marfil, Madagascar, Malí, el Níger y el Zaire; en Bahrein, en febrero-marzo de 1983, para participantes de Bahrein, Egipto, Jordania, Kuwait, Qatar, Somalia, el Sudán y el Yemen; y en Colombo (Sri Lanka), a fines de 1984, para participantes de Birmania, la India, Maldivas, Nepal, Sri Lanka y Tailandia.

62. El programa de esos talleres incluye ejercicios sobre fijación de objetivos; elección de métodos de encuesta y desarrollo de la misma; especificación y tratamiento de datos, incluido el uso de tecnología de microcomputadora aprobada; principios de muestreo con particular referencia a las técnicas de muestreo en racimo; y análisis y notificación de datos. Además, los participantes de la ciudad donde se organiza el taller ejecutan una "miniencuesta".

63. Esos talleres regionales han estimulado el establecimiento en varios países de sistemas de vigilancia de la alimentación de los lactantes, y han ofrecido considerables oportunidades de colaboración entre investigadores. Conforme al espíritu de la CTPD, son cada vez más numerosos los investigadores nacionales que actúan como consultores para ayudar a organizar y evaluar encuestas en otros países.

64. Entre los países que actualmente están adaptando la metodología de la OMS a las necesidades de la vigilancia en el plano nacional figuran Bahrein, Botswana, el Brasil, China, el Ecuador, la Jamahiriya Arabe Libia, Kenya, Kuwait, Lesotho, Malawi, Mauricio, Rumania, el Togo, Uganda y Zambia.

Modo de alimentación y morbilidad y mortalidad de lactantes

65. Son pocos los estudios sistemáticos que se han emprendido sobre la relación entre las prácticas de alimentación de los lactantes y su morbilidad y mortalidad. Hace falta información más precisa para orientación de las autoridades y del personal de salud en la tarea de fomentar mejores prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño, como parte de las actividades sistemáticas de salud. En colaboración con la universidad de Pelotas (Brasil) y de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical, de Londres, la OMS está preparando actualmente un protocolo para la ejecución de estudios cruzados sobre la mortalidad de lactantes en relación con las prácticas de alimentación y con los factores ambientales y socioeconómicos.

¹ OMS, documento MCH/BF/SUR/81.1. Disponible en inglés; las ediciones española y francesa están en preparación.

CUADRO 3
 PORCENTAJE DE LACTANTES ALIMENTADOS AL PECHO, POR EDADES, EN ZONAS
 URBANAS Y RURALES DE ALGUNOS PAISES

<u>País</u>		<u>Edad en meses</u>												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Jamaica	zonas urbanas	-	-	96	91	95	50	61	61	41	41	-	-	
	zonas rurales	-	95	100	100	93	93	84	84	61	61	-	-	
Paraguay	zonas urbanas	97	80	73	70	47	70	53	67	37	50	30	27	-
	zonas rurales	100	97	90	90	80	93	97	77	73	77	80	53	-
Portugal	zonas urbanas	-	76	51	56	35	32	14	21	13	9	5	3	2
	zonas rurales	-	78	64	51	29	39	34	18	23	22	12	22	15
Sri Lanka	zonas urbanas	96	95	93	82	80	73	68	70	57	52	61	59	50
	zonas rurales	100	98	96	95	92	89	95	93	90	92	82	84	89

66. En junio de 1982 se emprendió en Turquía un estudio en profundidad sobre la relación entre el modo de alimentación y la morbilidad por enfermedades de las vías respiratorias. La segunda fase del estudio consistirá en un examen de la función que los visitantes de planificación de la familia y las enfermeras y parteras pueden desempeñar en la promoción de la lactancia natural como intervención profiláctica. El componente retrospectivo del estudio corre a cargo del Hospital de Pediatría Hacettepe, de Ankara, donde se realizan minuciosas entrevistas con los padres o los responsables de todos los lactantes a los que se ha diagnosticado gastroenteritis o bronconeumonía. El componente prospectivo se desarrolla entre la población de bajos ingresos de dos zonas periurbanas.

67. Mientras que los estudios realizados en países en desarrollo han mostrado que la mortalidad y la morbilidad son más altas entre los lactantes alimentados con biberón que entre los que se alimentan al pecho, la situación es muy compleja y no es siempre la misma en el caso de los países industrializados, donde las preparaciones para lactantes son fáciles de obtener a precios relativamente bajos, y donde las condiciones de saneamiento, en general, son mejores, incluido el abastecimiento de agua potable. Los resultados de algunos estudios realizados recientemente en países industrializados sugieren que los lactantes alimentados al pecho presentan una incidencia más baja de morbilidad que los lactantes alimentados artificialmente; en otros estudios, en cambio, las diferencias no aparecen claramente. Esos y otros estudios análogos han sido objeto de examen y debate en un documento preparado en 1982 por la Oficina Regional para Europa.¹ En dicho documento se llega a la conclusión de que, aunque la mayoría de los estudios ejecutados en países industrializados parecen mostrar una incidencia más elevada de algunas enfermedades entre los niños no alimentados al pecho, incluidas las enfermedades del tracto gastrointestinal y del sistema respiratorio, la mayoría de dichos estudios adolecen de cierto número de deficiencias metodológicas. Con la asistencia de expertos de varios países de la Región se está preparando actualmente un modelo más apropiado para ese tipo de investigación.

Otros ejemplos de acción en el plano nacional

68. En los precedentes informes presentados a la Asamblea de la Salud sobre alimentación y nutrición del lactante y del niño pequeño se reseñan numerosos ejemplos de medidas adoptadas en el plano nacional para promover y apoyar la lactancia natural (véanse también los párrafos 132 a 216). Las siguientes actividades dan idea de la gran diversidad de iniciativas que están adoptando muchos gobiernos de todas las regiones.

69. En la Región de África, la índole multidisciplinaria de los talleres nacionales sobre alimentación del lactante y del niño pequeño organizados en 1982 y 1983 por los gobiernos del Congo, Malawi, la República Centroafricana, Rwanda, Uganda y el Zaire facilitó en gran medida el establecimiento y la aplicación de varias propuestas concretas, relativas, por ejemplo, a las prácticas apropiadas de alimentación, a la revisión de los códigos nacionales del trabajo en lo que respecta a las mujeres y los niños, y a la necesaria adaptación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna a las circunstancias nacionales.

70. En la Región de las Américas, Argentina ha establecido un grupo especial encargado de promover y coordinar la vigilancia de la lactancia natural en varias regiones. En Costa Rica está en ejecución un programa para el establecimiento de bancos de leche para lactantes que no tienen otra posibilidad de alimentarse con leche humana. La OPS/OMS colabora con la comisión nacional establecida en Guatemala para fomentar la lactancia natural, en la organización de talleres para la formación de personal de salud en materia de alimentación del lactante y del niño pequeño.

71. En México, se han emprendido encuestas sobre las actitudes de los médicos y las madres en relación con la lactancia natural, y los resultados obtenidos se han utilizado para establecer programas de acción. En Canadá, el Gobierno Federal encargó una encuesta, en mayo de 1982, con

¹ Evenson, S. Relationship between infant morbidity and breast-feeding versus artificial feeding in industrialized countries: a review of the literature. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1983 (documento inédito ICP/NUT 010/6, Rev.1).

el objetivo, entre otros, de evaluar los efectos de las campañas nacionales y provinciales de promoción de la lactancia natural. El promedio nacional de madres que empiezan a criar a sus hijos al pecho es actualmente de 70%, y aunque la duración de la lactancia es inferior al periodo recomendado, representa aun así un aumento en comparación con la situación existente hace diez años (25%, con una mayoría de madres que dejaban de amamantar a sus hijos al cabo de dos o tres meses).

72. Entre las medidas adoptadas en Nicaragua para fomentar la lactancia natural figuran la educación sanitaria de las madres, el adiestramiento de los equipos de salud en materia de atención primaria, farmacia y enfermería, y la educación del público en general por conducto de los medios de información. En Trinidad y Tabago, y como parte de la estrategia y el plan de acción nacionales para el fomento de la lactancia natural, se ha empezado a adiestrar al personal de salud de todas las categorías en las técnicas de promoción de la lactancia natural, y todos los grandes hospitales del país han asignado a especialistas de obstetricia la responsabilidad de esas actividades como parte de las que se desarrollan sistemáticamente en los servicios de asistencia prenatal.

73. En los Estados Unidos de América, los objetivos fijados para 1990 en materia de salud incluyen un aumento del 60% en la proporción de mujeres que estén alimentando a sus hijos al pecho en el momento de ser dadas de alta del hospital (hasta llegar a un 75%) y a los seis meses de edad del niño (hasta un 35%). Entre las medidas adoptadas en el plano nacional para fomentar la lactancia natural cabe citar las siguientes: legislación sobre el empleo femenino (por ejemplo, establecimiento de horarios de trabajo flexible y a tiempo parcial); incentivos a los empresarios para que establezcan guarderías en los centros de trabajo; y dos programas de alimentación suplementaria suministrada por el Departamento de Agricultura, en los que las madres lactantes reciben una mayor variedad y cantidad de alimentos durante un periodo más largo que las madres que no amamantan a sus hijos.

74. Entre las actividades pertinentes de la Región de Asia Sudoriental figuran las que se despliegan en la India, donde el Gobierno ha aconsejado a los médicos y demás personal de salud de sus hospitales que fomenten la lactancia natural instruyendo a las mujeres sobre sus ventajas y sobre los efectos nocivos del empleo de sucedáneos de la leche materna, y que favorezcan la instalación del recién nacido en la misma habitación que su madre. Además, la radio y la televisión nacionales han lanzado un programa de protección y promoción de la lactancia natural cuyas emisiones prepara el Ministerio de Asistencia Social.

75. En la Región de Europa, habida cuenta de la importante influencia que el personal de enfermería y partería ejerce en las prácticas de alimentación de los lactantes, la Oficina Irlandesa de Educación Sanitaria organizó, con el apoyo de la OMS, un seminario nacional para la formación de los profesores de enfermería (Wexford, agosto de 1982) con miras a fomentar mejores prácticas de alimentación y a organizar un plan de acción y preparar material audiovisual para el adiestramiento de enfermeras y parteras en esa materia.

76. Habida cuenta de que la proporción de madres que amamantan a sus hijos va en disminución en Polonia por razones entre las cuales figura - según creen las autoridades nacionales - la saturación del mercado con sucedáneos de la leche materna, el Instituto Nacional de Investigaciones para la Madre y el Niño, de Varsovia, ha organizado con la ayuda de los medios de información un programa para informar a las madres sobre las ventajas de la lactancia natural. Está en estudio un plan de observación y vigilancia de las modalidades de alimentación.

77. La OMS presta apoyo a las investigaciones que ha emprendido el Instituto de Salud de la Madre y el Niño, de Bucarest (Rumania), sobre las modalidades de alimentación del lactante y del niño pequeño. Esas investigaciones forman parte de un plan quinquenal de acción encaminado a determinar la prevalencia y la duración de la lactancia natural, la época de destete y el tipo de alimentos de destete utilizados. Se trata igualmente de identificar indicadores de la salud de los niños en relación con las prácticas de alimentación de los lactantes y de descubrir las lagunas que existen en los conocimientos sobre nutrición y salud del lactente y del niño pequeño, en preparación de una futura estrategia nacional de educación sanitaria.

78. En la Región del Mediterráneo Oriental, después de la celebración del taller regional que el Gobierno de Bahrein hospedó en febrero-marzo de 1983 (véase el párrafo 61), se están organizando en la Región varias encuestas sobre prevalencia y duración de la lactancia natural y sobre las modalidades de destete y su relación con la incidencia de enfermedades diarreicas. El Gobierno de Djibouti ha publicado pautas para la promoción de la lactancia natural en los establecimientos de salud (véase el párrafo 187). El programa especial conjunto para la preparación de materiales de educación sanitaria en la zona del Golfo (Salamatak) se ha utilizado para fomentar la lactancia natural en los Emiratos Arabes Unidos. Se están desplegando en coordinación actividades nacionales de fomento de la lactancia natural y apoyo de las prácticas correctas de destete, por conducto de los medios de información y mediante la organización de demostraciones especiales en los centros de salud de la madre y el niño.

79. En la Región del Pacífico Occidental, el Gobierno de China trata de invertir la tendencia que se observa en algunas grandes ciudades, donde la proporción de madres que amamantan a sus hijos ha descendido hasta llegar a un 20% o un 30%. Se ha llevado a cabo una reforma de los procedimientos que se aplican en las instituciones de salud y los hospitales en general, donde se ha abandonado la práctica sistemática de administrar glucosa líquida o leche de vaca a los recién nacidos, de 6 a 8 horas después del parto, y donde ya no se impide a las madres dar el pecho a sus hijos durante las primeras 24-36 horas de vida.

80. En octubre de 1982 se celebró en Shanghai, con el apoyo de la OMS, un taller nacional al que asistieron 50 especialistas y planificadores de toda China. El taller tenía por objeto actualizar la información disponible sobre las últimas novedades científicas en relación con la lactancia natural, en particular sobre el papel que ésta desempeña en la regulación de la fecundidad, la inmunidad, la nutrición y la vinculación psicoemotiva. El plan de acción establecido en el curso del taller incluye una encuesta nacional sobre lactancia natural y fecundidad; la creación de una red nacional interregional de instituciones colaboradoras; la preparación de pautas sobre las prácticas de atención de salud que más probablemente han de mejorar el rendimiento de la lactancia natural; y un estudio sobre los factores que influyen en la alimentación de los lactantes. En marzo de 1983, la OMS prestó apoyo a un segundo taller sobre vigilancia de la alimentación del lactante y del niño pequeño.

81. En 1982-1983 se organizó y ejecutó en Filipinas un programa completo de educación sobre alimentación de los lactantes, en el que participaron funcionarios del Ministerio de Salud, agentes de salud en general y representantes de organizaciones no gubernamentales. El programa incluía una encuesta sobre los conocimientos y las actitudes que prevalecen entre los miembros del personal de salud, y una serie de seminarios de formación para agentes de salud de todas las categorías sobre la mejor manera de fomentar las prácticas correctas de alimentación del lactante y del niño pequeño.

82. En la República de Corea la OMS presta apoyo a la ejecución de un programa de educación e información, de un año de duración (septiembre de 1983 - agosto de 1984), cuyo objetivo es fomentar la lactancia natural. Se encarga de la ejecución del programa, en nombre del Gobierno, la Alianza de Ciudadanos de Corea para la Protección del Consumidor, organización no gubernamental afiliada a la Organización Internacional de Uniones de Consumidores. Entre sus objetivos figura el de dar a conocer mejor al público en general, a través de los medios de información de masa, la importancia de la lactancia natural; preparar materiales para la información y educación del público sobre la lactancia natural y un manual para la formación del personal encargado de fomentar esa práctica; y la organización de cursos para ese personal en todos los sectores pertinentes.

83. La OMS prestó apoyo al Instituto Nacional de Nutrición, de Viet Nam, para la organización de un taller nacional de tres días de duración sobre lactancia natural, que tuvo lugar en agosto de 1983, y para una encuesta sobre esa práctica, de dos semanas de duración, que se ejecutó antes de celebrarse el taller.

PROMOCION Y APOYO DE PRACTICAS APROPIADAS Y OPORTUNAS DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA (DESTETE)
MEDIANTE EL USO DE RECURSOS ALIMENTARIOS LOCALES

84. La malnutrición y la enfermedad entre lactantes y niños de corta edad siguen constituyendo problemas importantes de salud pública para muchos grupos de la población del mundo. Pese a la información cada vez más amplia de que se dispone sobre la epidemiología de los problemas de salud infantiles, especialmente los que se producen más o menos durante el periodo y el proceso de destete, escasean los conocimientos exactos sobre la naturaleza, la magnitud y la acción combinada de los diversos factores.

85. Así, aunque el periodo de destete, durante el cual se producen importantes cambios en la alimentación y las prácticas de higiene infantil, se ha identificado como la fase más crítica para la salud del niño, es relativamente poca la información detallada de que se dispone sobre los factores sociales determinantes de las prácticas de puericultura y alimentación del lactante. Esos factores influyen en las decisiones de la familia y la comunidad respecto a la atención y el estímulo del niño, y, a falta de indicaciones más precisas, seguirá siendo difícil para los planificadores sanitarios formular estrategias apropiadas con el fin de mejorar el estado de nutrición y de salud de los lactantes y los niños pequeños.

86. En los últimos años, la OMS ha emprendido o apoyado investigaciones para identificar y analizar los distintos determinantes de las prácticas de alimentación y cuidado de lactantes y niños. Del 5 al 9 de diciembre de 1983 se celebró en Ginebra una reunión con los siguientes fines: examinar el estado de los conocimientos en ese sector, así como también los resultados de la investigación; analizar los criterios en que se ha basado el estudio de los fenómenos afines, identificando al mismo tiempo los métodos y técnicas que ofrezcan las mayores posibilidades de hacer aumentar los conocimientos; y preparar pautas adecuadas de establecimiento de protocolos para el estudio de los factores domésticos que determinan los tipos de comportamiento observados.

87. En la reunión participaron unos 30 economistas, psicólogos sociales, antropólogos, nutricionistas, pediatras y otros representantes de las ciencias sociales y naturales, que en su mayoría se dedican a investigaciones relacionadas con esta materia. Las pautas de encuestas preparadas en la reunión con objeto de que los países las apliquen antes de emprender actividades específicas de salud y nutrición se publicarán juntamente con el informe final y con documentación escogida sobre antecedentes e investigaciones. Además, como parte del componente de investigación (4 años) del Programa Mixto OMS/UNICEF de Fomento de la Nutrición (véanse los párrafos 52-55) está previsto ampliar esas pautas, adaptarlas a las necesidades de los países, organizar seminarios didácticos sobre su aplicación para reducir al mínimo los problemas del destete y prestar apoyo a centros regionales y nacionales para que evalúen los resultados.

(Para información más completa sobre prácticas de destete, véanse también los párrafos 100 y 101.)

Ejemplos de acción nacional

88. En vista de la necesidad de encuestas nacionales que permitan determinar el estado nutricional de ciertos grupos de población, el Ministerio de Salud de Ghana ha emprendido trabajos de ese tipo junto con la Comisión Nacional FAO/OMS/OUA de Alimentos y Nutrición para Africa, establecida en Accra. Se dedica atención particular al problema de la deficiencia de vitamina A en grupos escogidos, particularmente en la mitad norte del país. Otro ejemplo de acción cooperativa entre el Gobierno y la OMS es la preparación de un proyecto de alimentos y nutrición que se llevará a cabo en la región septentrional bajo la dirección del Ministerio de Finanzas y Planificación Económica.

89. El Gobierno de Sierra Leona, además de las medidas adoptadas para vigilar el cumplimiento del Código Internacional y proteger y promover la lactancia natural, está reactivando la producción de un alimento de destete rico en proteínas y bien tolerado por casi todos los lactantes y niños; hasta ahora, ese alimento se ha producido en cantidades muy pequeñas, debido a la falta de materias primas y de maquinaria apropiada.

90. Entre otros ejemplos de acción nacional en la Región de Africa pueden citarse los siguientes: una campaña minuciosa de información, desplegada durante un año en la Costa de Marfil por todos los medios disponibles de comunicación para transmitir al público mensajes relativos a prácticas apropiadas de alimentación de lactantes y niños pequeños; actividades diversas de investigación relacionada con esta materia en Botswana, Etiopía, Kenya, Mauricio, Nigeria, el Senegal, Zambia y el Zaire; y preparación de pautas sobre prácticas apropiadas de destete en Guinea, Mozambique, Uganda y Zimbabwe.

91. En Colombia se ha emprendido con ayuda de la OPS y la OMS un proyecto para examinar las modalidades actuales de alimentación de los niños desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad, los factores asociados de tipo socioeconómico, cultural y biológico, y la relación entre las prácticas alimentarias y el estado nutricional. El objeto que se persigue es identificar problemas específicos inherentes a las modalidades de alimentación que podrían mitigarse mediante una acción en la comunidad (sea individualmente, sea por conducto de los servicios de atención primaria de salud) y establecer métodos sencillos de evaluación de esas modalidades.

92. En algunas ciudades importantes de China se desarrollan programas de dieta planificada en guarderías y jardines de infancia escogidos, consistentes en seleccionar cuidadosamente los alimentos para que se ajusten a las necesidades de los niños de diferentes edades. Al mismo tiempo, los sectores de fabricación y suministro han de observar estrictamente los principios y reglamentos estatales de higiene de los alimentos en lo que respecta a producción, envasado y publicidad. Se están preparando normas apropiadas sobre alimentos y nutrición para salvaguardar la salud de los lactantes y niños del país.

FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION, LA ENSEÑANZA Y LA INFORMACION SOBRE LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

93. Uno de los principios básicos de la atención primaria de salud es la participación de la comunidad en todas las etapas. Para que esa participación sea consciente, es preciso que la población tenga fácil acceso a la información pertinente sobre su situación sanitaria y sobre la forma en que puede contribuir a mejorarla.¹

94. En vista de la creciente necesidad de material educativo e informativo apropiado sobre protección de la salud, lactancia natural y salud y nutrición de la madre y el niño, la OMS está preparando materiales de ese tipo para adaptación y uso a nivel nacional por planificadores sanitarios y agentes de salud y también por determinados grupos (por ejemplo, organizaciones femeninas) y particulares.

95. Están preparándose, con destino a administradores sanitarios, autoridades normativas y agentes de salud, pautas sobre política de lactancia natural en el sistema de atención de salud, inclusive indicaciones prácticas sobre la manera de iniciar y mantener una lactancia natural satisfactoria desde el periodo perinatal hasta el destete. Las pautas comprenden asimismo recomendaciones para el caso de problemas especiales, por ejemplo, de los partos con cesárea, enfermedad materna, ictericia neonatal y nacimientos prematuros, y también algunos problemas más corrientes asociados con la lactancia natural.

96. La OMS sigue preparando y perfeccionando material didáctico utilizable con ocasión del establecimiento de servicios nacionales de vigilancia de la salud de lactantes en los sistemas de salud basados en la atención primaria. La metodología básica de la OMS (véase el párrafo 59) es objeto de una segunda revisión y pronto estará disponible en forma nueva y ampliada, con secciones sobre preparación de cuestionarios y empleo de tecnología apropiada de microcomputadora; para facilitar la manipulación y el análisis de datos con esos fines se están preparando series de programas de microcomputadora. En colaboración con la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool (Inglaterra) se está elaborando un manual para introducir métodos de vigilancia

¹ Alma-Ata, 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie "Salud para Todos", Nº 1) p. 87.

nacional en los programas de enseñanza, y una serie de diapositivas en relación con los temas de estudio y los ejercicios propuestos. También se están preparando medios auxiliares de enseñanza teórica y práctica para facilitar la organización de actividades docentes nacionales sin necesidad de apoyo de consultores externos.

97. En 1983 la OMS preparó, en parte con fondos facilitados por OSDI/SAREC, un folleto de propaganda ilustrado sobre la mujer y la lactancia natural. El folleto trata de algunos factores destacados que afectan a la mujer lactante, por ejemplo: volumen de trabajo y distribución del tiempo, estructura de la familia, disponibilidad de información, prácticas de atención de salud y salud de la mujer en general, derechos de la mujer, medidas de apoyo social, y función de la mujer y de las organizaciones femeninas en el fomento de la lactancia natural y en la mejora de las condiciones que afectan a la vida de la mujer, como medio de hacer la lactancia natural más factible y gratificante.

98. La OMS y el UNICEF han tomado una nueva iniciativa de información pública sobre alimentación y cuidado de lactantes y niños de corta edad. Se trata de la preparación y la amplia difusión de atractivos calendarios de pared a todo color. En el de 1983, bajo el lema "La lactancia natural es lo moderno", se representaban madres y niños de muchas nacionalidades y grupos étnicos, con breves mensajes que destacaban la idoneidad, el carácter natural, la comodidad, etc., de la lactancia materna. El calendario de 1984 ("Salud desde el principio") se amplió a 12 esferas de acción interdependientes en salud materno-infantil, a saber: espaciamiento de las gestaciones, atención durante el embarazo, nutrición durante el embarazo, inmunización de la madre, lactancia natural, vigilancia del crecimiento, destete, inmunización del niño, higiene, cuerpo activo-mente sana y agua salubre y limpia. Cada tema va ilustrado con una fotografía hecha especialmente para el calendario y, al igual que en el año anterior, se incluye un breve mensaje educativo para cada mes.

99. En 1983 se prepararon versiones del calendario en español, francés e inglés, y en 1984 se introdujo una versión árabe. El calendario se ha enviado para distribución a ministerios de salud, dispensarios de atención materno-infantil y planificación de la familia, y organizaciones no gubernamentales de todo el mundo.

100. En 1980, como parte de sus actividades prácticas de investigación y desarrollo en materia de nutrición, la OMS empezó a preparar una serie de materiales que facilitarán el estudio del proceso de destete a agentes de salud y otro personal de países en desarrollo. Fruto de esa labor ha sido la publicación, junto con el Departamento de Nutrición Humana de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, del primer proyecto de un documento titulado Studying weaning: a guide for workers in health, welfare and development programmes /Estudio del destete: guía para personal de programas de salud, asistencia social y desarrollo/.¹ La guía se divide en diez secciones y comprende una relación de los conocimientos existentes sobre el proceso de destete, indicaciones sobre preparación de estudios al respecto, datos de que debe disponerse y manera de obtenerlos. Actualmente se procede a revisar la guía atendiendo a las observaciones formuladas por especialistas en la materia durante el análisis crítico que de ella se hizo.

101. En 1983, el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, de Washington, DC, preparó, por encargo de la OMS, un documento sobre la mujer y el proceso de destete. En él se analiza el amplio marco en que se encuadra el destete para la mujer y se resumen gran parte de las publicaciones existentes sobre los efectos que tienen el trabajo femenino y la función de madre en la nutrición de lactantes y niños de corta edad.

102. Como parte del Programa Mixto OMS/UNICEF de Fomento de la Nutrición (véanse los párrafos 52-55) se ha emprendido un análisis de los materiales de enseñanza y aprendizaje existentes en el mundo sobre nutrición y otros temas afines. El objeto de ese análisis es evaluar dichos

¹ Documento NUT/83.1 (Inglés solamente).

materiales e identificar los que podrían ser fácilmente agrupados y distribuidos como elementos básicos para adaptación local y uso en programas de enseñanza y otras actividades educativas en los países que participan en el Programa. El análisis abarca muchos temas, en particular nutrición materna, identificación en el hogar y en los dispensarios de niños expuestos a riesgo, y métodos de destete. Se procura muy en particular localizar materiales escritos en idiomas distintos del inglés y también los preparados para uso por analfabetos.

103. Los materiales escogidos servirán para completar los diversos módulos de enseñanza incluidos en las pautas de la OMS,¹ que versan sobre temas como los siguientes: medición y vigilancia del crecimiento y la nutrición del niño; fomento y protección de la lactancia materna; asesoramiento sobre alimentación de niños de corta edad; atención nutricional a la madre; detección, tratamiento y prevención de deficiencias nutricionales comunes; y atención nutricional en casos de diarrea y otras infecciones frecuentes.

104. Como medio auxiliar adicional de enseñanza y aprendizaje, la OMS aplica la técnica gestorial de preparación de flujogramas a la detección y solución de problemas nutricionales específicos. Esos medios, ideados para facilitar la adopción de decisiones, se han utilizado con buen éxito para formar al personal de salud en otras materias. Una vez definido el problema se presentan varias opciones para facilitar el establecimiento de relaciones de causa a efecto, conducentes a una solución. Los flujogramas serán objeto de ensayo práctico en 1984 y, una vez revisados en consecuencia, se procederá a su distribución.

Algunos ejemplos de acción nacional

105. En Etiopía se han preparado carpetas de material educativo sobre alimentación apropiada de lactantes y niños para el público y para maestros, agentes de salud y otros auxiliares de la comunidad. Además, se ha traducido al amárico y distribuido el folleto de la OMS sobre lactancia natural (véase el párrafo 113) y está casi terminada la revisión del programa de enseñanza para agentes de salud sobre alimentación de lactantes y niños de corta de edad.

106. En relación con un proyecto que recibe apoyo de la FAO en Somalia para la participación de la mujer en el desarrollo agrícola y rural, se ha preparado en somalí una versión debidamente adaptada del manual sobre alimentación de lactantes y niños de corta edad.² La primera edición de ese manual se publicó en 1971 para el antiguo Grupo Asesor sobre Proteínas (GAP) del sistema de las Naciones Unidas, bajo el patrocinio de la OMS, el UNICEF, la FAO y el Banco Mundial (véase también el párrafo 192).

107. En Zimbabwe, con ocasión del examen que se hizo del Código Internacional para adaptarlo a las condiciones locales (véanse los párrafos 147 y 148), el comité interministerial establecido por el Gobierno estimó que era necesario estudiar el material educativo ya existente en el país sobre alimentación de lactantes y niños de corta edad. Un subcomité encargado de desplazarse a las provincias y formular recomendaciones señaló que la mayor parte de los materiales provenían de fabricantes de preparaciones para alimentación de lactantes y, por consiguiente, tenían carácter publicitario, que todo el material estaba en inglés y que los educadores de nutrición carecían de material didáctico auxiliar. En consecuencia, se decidió que el Ministerio de Salud se encargara de preparar material educativo más adecuado para promover la lactancia natural, las buenas prácticas de destete, etc.; la única dificultad era la falta de dibujantes en el personal del Ministerio.

¹ Organización Mundial de la Salud. Pautas para capacitar en nutrición a trabajadores comunitarios de salud. Ginebra, 1981 (OMS, Publicación en Offset N° 59, versión revisada en preparación).

² Camerón, M. y Hofvander, Y. Manual on feeding infants and young Children. Oxford, Oxford University Press, 3^a ed., 1983 (patrocinado por el Subcomité de Nutrición del CAC).

108. En la Argentina, la OPS presta apoyo a un grupo especial del país, que tiene el cometido de promover y coordinar la vigilancia de la lactancia materna; a tal efecto, la OPS prepara manuales de enseñanza sobre atención clínica y fomento de dicha lactancia.

109. El centro de intercambio informativo sobre alimentación de lactantes y nutrición materna, correspondiente a un proyecto de la Asociación Americana de Salud Pública costado por la Oficina de Nutrición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, acopia informaciones sobre alimentación de lactantes y nutrición materna, para difundirlas entre autoridades, profesionales de salud, planificadores de programas, investigadores y otros grupos o particulares interesados. A este respecto, son de destacar dos publicaciones: un informe semestral basado en información obtenida directamente de los gobiernos, de documentos y de artículos de revistas sobre la situación actual de los programas de apoyo a la lactancia materna, políticas y legislación sobre trabajo de la mujer, alimentación suplementaria, servicios de educación pública y salud, y comercialización de sucedáneos de la leche materna. El primer número (junio de 1983) contenía información sobre 103 países. La segunda publicación es un boletín titulado Madres y Niños que sale tres veces al año en español, francés e inglés.

110. En 1983 se publicaron en Bulgaria libros y folletos sobre lactancia materna, y se celebró una conferencia nacional sobre el particular. La prensa, la radio y la televisión han venido facilitando informaciones sobre la lactancia natural y sobre el uso apropiado de fórmulas para alimentación de lactantes. Está previsto destacar la importancia de la lactancia natural en los planes de estudios superiores de medicina.

111. En Francia se están preparando dos circulares de información, una para personal de salas de maternidad y otra para el de salud materno-infantil, en las que se destacarán las disposiciones pertinentes del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Además, se ha preparado un folleto para las madres sobre lactancia materna y, como primer paso en el desarrollo de una estrategia nacional de la especialidad, se han emprendido estudios determinativos de la frecuencia y la duración de la lactancia natural, y de los factores psicológicos y socioeconómicos que en ella influyen.

112. Un addendum al código voluntario noruego de comercialización de sucedáneos de la leche materna (véase el párrafo 176) contiene información detallada sobre extremos como los siguientes: ventajas de la lactancia natural y propiedades de la leche materna; nutrición de la madre; preparación para la lactancia natural y mantenimiento de ésta; problemas relacionados con la alimentación mixta y con la reanudación de la lactancia natural; y preparación y uso apropiados de sucedáneos de la leche materna.

113. La Dirección de Sanidad de Portugal, de acuerdo con la OMS, ha preparado un folleto sobre lactancia natural (Aleitamento Materno: a Alimentação perfeita de seu Filho) basado en el texto y las ilustraciones de otro folleto de la OMS que se publicó por primera vez en 1980 y que ahora existe en amárico,¹ árabe, dari,² francés, inglés, portugués, pushtu,² y urdu.³

114. En Túnez, el comité nacional encargado de estudiar los problemas de alimentación de lactantes y de adaptar a las condiciones del país el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (véase el párrafo 193) prosigue la labor que inició en 1980, cuando fue creado. Además de las actividades de educación de la madre, difusión de instrucciones por los medios de información pública y formación de personal de salud, el comité ha distribuido el Código Internacional en los ministerios de economía y hacienda, así como entre farmacéuticos, médicos y clínicas privadas. En la reciente reforma de la función pública se ha previsto una prolongación de la licencia de maternidad a 8 semanas, con posibilidad, a petición, de obtener 16 semanas más a mitad de sueldo.

¹ En Etiopía.

² En el Afganistán.

³ En el Pakistán.

115. En China se hace hincapié en la labor informativa y educativa sobre nutrición utilizando al efecto películas, diapositivas, carteles, revistas y libros que difunden el conocimiento de los principios de alimentación y bienestar de lactantes y niños. En colaboración con la OMS, el UNICEF, el FNUAP y otros organismos internacionales, está previsto intensificar esas actividades en los próximos años, de manera que para 1985 el 80% de las madres amamenten a sus hijos durante los cuatro primeros meses.

116. A raíz de la reciente adopción por la Asamblea Mundial de la Salud de resoluciones relativas a alimentación y nutrición de lactantes y niños pequeños, el Ministerio de Salud de la Jamahiriya Árabe Libia señaló oficialmente a las secretarías de salud de los 25 municipios del país la necesidad de promover activamente la lactancia natural y evitar el uso innecesario de sucedáneos de la leche materna. Se ha preparado y distribuido un folleto sobre alimentación de lactantes, junto con la versión en árabe del folleto de la OMS sobre ese tema y el Código Internacional (véase el párrafo 113).

INCREMENTO DEL APOYO EN FAVOR DEL MEJORAMIENTO DE LA SALUD Y LA CONDICION SOCIAL DE LA MUJER, EN RELACION CON LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

117. Algunas actividades recientes, a menudo emprendidas en común por la OMS y el UNICEF, encaminadas a la obtención de apoyo para el mejoramiento de la salud y la condición social de la mujer se han concentrado en el logro de tres objetivos principales, a saber: 1) mejorar el conocimiento y la comprensión de la manera en que la mujer se ve afectada por factores como, por ejemplo, los valores socioculturales, la distribución del trabajo y las limitaciones económicas, el propio estado de salud y nutrición, las características de la reproducción y las estructuras familiares; 2) conseguir que las organizaciones femeninas participen más en el fomento de prácticas adecuadas de alimentación de lactantes y niños, como parte de la atención primaria de salud; y 3) promover a escala nacional y comunitaria la adopción de medidas de apoyo a la mujer y la familia.

118. A su vez, las actividades de ese programa han contribuido a que la OMS enfoque con un criterio más amplio el papel de la mujer en la salud y el desarrollo, con arreglo a un plan que tiene por objeto difundir el conocimiento de los siguientes extremos: necesidades y problemas específicos de salud de la mujer; función de la mujer como prestadora de atención de salud; y forma en que la mujer influye en la salud y el desarrollo y puede verse afectada por éstos, particularmente en lo que respecta a su situación socioeconómica y cultural.

Medidas de apoyo social

119. El fomento de medidas sociales adecuadas de apoyo a la mujer en el cumplimiento de sus múltiples cometidos, especialmente en relación con sus funciones como madre y como miembro de la fuerza de trabajo, facilita el empeño general por proteger y mejorar la salud de la madre y de las personas que de ésta dependen. En este campo, la labor de la OMS comprende actividades educativas y de promoción y la prestación de apoyo a los estudios adecuados que se realicen a escala nacional. Se concede atención particular a la influencia que los cometidos de la mujer ejercen en la alimentación y el cuidado de lactantes y niños de corta edad (véase el párrafo 126).

120. En 1983, la OMS patrocinó el establecimiento de una metodología de encuesta con vistas a analizar y evaluar en los países la eficacia de las medidas, oficiales o no, de apoyo social a la mujer, y a buscar nuevas soluciones cuando dichas medidas no existan o sean inadecuadas. La metodología está concebida de manera que tanto la mujer como las organizaciones femeninas participen en la investigación y el análisis de los problemas que las afectan.

121. Esa metodología se está aplicando por primera vez en Kenya, con apoyo de la OMS; la entidad encargada es el grupo nacional de información sobre lactancia materna, que depende del Ministerio de Salud. El grupo tiene los siguientes cometidos: descubrir los problemas de lactancia materna, alimentación suplementaria y cuidado del niño con que tropiezan las madres

trabajadoras; determinar las medidas de apoyo social y económico, tanto tradicionales como modernas, que ya se aplican a la mujer; averiguar cómo se podrían resolver, a juicio de las mujeres y de sus empleadores, los problemas localizados; y formular recomendaciones para que los organismos públicos y privados presten mayor apoyo a la mujer trabajadora. En febrero de 1984 se distribuyó entre los miembros del grupo y entre otros interesados el proyecto de informe de ese estudio sobre el terreno, pero no las recomendaciones de política y de otra índole, que actualmente se encuentran en preparación. Antes de que termine el año se dispondrá del informe completo, en el que se resumen las respuestas de unas 1100 mujeres de 15 a 59 años de edad, que realizaban distintos trabajos en cuatro zonas destinadas a cultivos comerciales.

122. En la misma Región de África se han emprendido estudios sobre las necesidades y los problemas de organización de la atención diurna en aldeas de Ghana, Liberia y Nigeria, con el fin de que la mujer pueda disponer de más tiempo y ocuparse mejor de la nutrición y el desarrollo social de sus hijos. En noviembre de 1982, la OMS y el UNICEF organizaron en Nairobi una reunión sobre atención diurna; la OMS preparó al efecto un informe sobre métodos posibles de atención diurna a niños¹ y una bibliografía anotada sobre atención diurna.²

123. Conforme a lo solicitado por la Asamblea en 1980,³ la OMS sigue analizando la legislación promulgada por distintos países para facilitar y apoyar la lactancia materna, especialmente en el caso de las madres trabajadoras. Los textos apropiados se reseñan regularmente en la publicación trimestral International Digest of Health Legislation.

124. A escala más amplia, la OMS ha colaborado con la OIT en la preparación y la publicación de un estudio sobre las leyes vigentes en 129 países sobre protección de la maternidad.⁴ Los fondos necesarios fueron facilitados parcialmente por el FNUAP y por OSDI/SAREC. En la parte de la introducción preparada por la OMS, relativa a las necesidades de salud y nutrición de la mujer trabajadora, se destaca que es preciso ampliar el alcance de las leyes sobre protección de la maternidad, tanto en lo que respecta a población cubierta como a prestaciones, en particular la prolongación de las licencias de maternidad, el aumento del tiempo concedido para amantamiento y la mejora de las instalaciones correspondientes. Se hace hincapié en el importante papel que desempeñan esas leyes para el fomento de la salud y la prevención dentro del marco de la atención primaria de salud. Se insiste en la conveniencia de considerar el costo de esas medidas en relación con los beneficios de orden social y económico que pueden reportar al individuo, a la familia y a la sociedad en general, en términos de reducción de la mortalidad materna y de lactantes y niños.

125. La OMS colabora con la División de la Mujer y el Desarrollo, de la Secretaría del Commonwealth (Londres) en la preparación de un marco de referencia para que las autoridades puedan calcular la relación costo/beneficio de las medidas de apoyo social a la mujer. Bajo el patrocinio de la OMS, algunos especialistas en economía aplicada a la salud y en el estudio de la situación económica y laboral de la mujer se reunieron en Londres en noviembre de 1983 para examinar el material disponible sobre esa materia y llegaron a la conclusión de que era posible y conveniente realizar esos cálculos de costo/beneficio, aunque se necesitaban para ello definiciones más precisas; esas definiciones se recogerían en un documento expositivo que había de preparar ulteriormente la Secretaría del Commonwealth en cooperación con la OMS y el UNICEF.

126. El Programa Mixto OMS/UNICEF de Fomento de la Nutrición (véanse los párrafos 52-55) tiene un componente específico sobre la mujer, en el que se destacan las necesidades de ésta y de las personas que de ella dependen. A este respecto se promueve la acción nacional, incluso las actividades generadoras de ingresos para la mujer, como medio de conseguir que la familia y la comunidad puedan atender mejor sus necesidades en materia de salud y nutrición. Entre otros

¹ Documento MCH/DC/81.1 (en inglés solamente).

² Documento MCH/DC/82.1 (en inglés solamente).

³ Resolución WHA33.32, párrafo 6.6).

⁴ Oficina Internacional del Trabajo. Maternity benefits in the 80s: an ILO global survey. Ginebra, 1984 (ediciones francesa e inglesa en preparación).

aspectos que se destacan figuran el desarrollo de una tecnología apropiada de manipulación, preparación y almacenamiento de alimentos; el estudio de soluciones a los problemas de puericultura; y la educación sobre nutrición familiar. Con estos elementos del Programa Mixto se trata de llegar a una buena transacción entre las responsabilidades de la mujer como madre y su participación en un mayor número de actividades económicas directas, de manera que participe lo más plenamente posible como elemento productivo en el proceso de desarrollo.

127. En distintos párrafos del presente documento se reseñan otros trabajos en esta esfera, por ejemplo el documento sobre la mujer y el proceso de destete (párrafo 101), el folleto de propaganda ilustrado sobre la mujer y la lactancia natural (párrafo 97) y los calendarios de pared preparados por la OMS y el UNICEF para 1983 y 1984 sobre temas de salud materno-infantil (párrafos 98 y 99).

COMERCIALIZACION Y DISTRIBUCION ADECUADAS DE LOS SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

128. La protección y el fomento de la lactancia materna son aspectos importantes de las medidas de salud y nutrición, así como de otras de carácter social, necesarias para promover el buen crecimiento y desarrollo de lactantes y niños. Como un aspecto de esas medidas cabe citar la adopción por la 34ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1981, del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que tiene carácter de recomendación; en la resolución se insta, entre otras cosas, a los Estados Miembros a que incorporen el Código Internacional a la legislación o los reglamentos nacionales o lo apliquen mediante otras medidas apropiadas; a que asocien a todas las demás partes interesadas en el cumplimiento del Código; y a que vigilen el cumplimiento de lo estipulado en éste.¹

129. En el Código Internacional (Artículo 11.7) se prevé que el Director General presente a la Asamblea de la Salud, en años pares, los oportunos informes sobre el cumplimiento de las disposiciones que contiene. Por otra parte, la Asamblea pidió al Director General que la informara en mayo de 1983 "sobre el cumplimiento y la aplicación del Código en los planos nacional, regional y mundial"; y que "basándose en las conclusiones del informe sobre la situación, formule propuestas, si fuere necesario, para la revisión del texto del Código y para la adopción de las medidas que su efectiva aplicación requiera".¹

130. Habida cuenta de lo que antecede, el Director General informó a la 35ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1982, sobre las medidas adoptadas por los Estados Miembros para dar efecto al Código Internacional, y a la 36ª Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1983, sobre el cumplimiento de las disposiciones de dicho instrumento. En este último informe se concluye afirmando que, habida cuenta de las noticias recibidas de los Estados Miembros sobre el cumplimiento del Código desde la adopción de éste, y a falta de sugerencias sobre modificaciones, hubiera sido prematuro en ese momento proponer una revisión de la forma o el contenido del Código. La Asamblea de la Salud aprobó por unanimidad esa conclusión y tomó nota del informe del Director General.

131. En este segundo informe bienal a la Asamblea de la Salud sobre el cumplimiento del Código desde su adopción se presenta a continuación un resumen de las informaciones facilitadas en su mayor parte por los Estados Miembros sobre las medidas que están adoptando para dar efecto al Código. La información se presenta en orden alfabético por regiones y por países o territorios, y se limita a los nuevos hechos ocurridos desde la preparación del informe mencionado del Director General a la 36ª Asamblea Mundial de la Salud. En consecuencia, esta información debe leerse a la luz de este último informe, así como el anterior informe bienal presentado a la 35ª Asamblea Mundial de la Salud (véanse las oportunas referencias en el párrafo 51). Los tres informes juntos ofrecen una visión general de las medidas adoptadas por unos 130 países y territorios individualmente y, a veces, colectivamente por conducto de foros regionales e interregionales, para dar cumplimiento a los principios y alcanzar los objetivos del Código Internacional.

¹ Resolución WHA34.22.

Región de Africa

132. El Gobierno de Benin proyecta incorporar el Código Internacional a la legislación nacional sobre alimentos, ampliando su ley básica en la materia a que el Código se refiere. Entre tanto, no permite la propaganda de sucedáneos de la leche materna, dirigida al público en general.

133. En Etiopía se ha prohibido la publicidad de sucedáneos de la leche materna en los medios de información pública.

134. El Código de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna promulgado en Kenya,¹ se califica en el prefacio de ese instrumento como "esencialmente una adopción" del Código Internacional y se aplica a la calidad y la disponibilidad de sucedáneos, biberones y tetinas, así como a la información al respecto. Como mensaje, señala la conveniencia de que las madres alimenten a sus hijos exclusivamente al pecho durante 4-6 meses, siempre y cuando el crecimiento y desarrollo del niño sean satisfactorios, y que sigan haciéndolo en lo posible otros 4-6 meses a partir de la introducción de alimentos complementarios. El Código destaca entre otras cosas que el Ministerio de Salud debe vigilar la aplicación de sus disposiciones pero, al mismo tiempo, menciona las responsabilidades que incumben a fabricantes, organizaciones no gubernamentales, grupos profesionales, instituciones e individuos.

135. En Liberia, un comité interministerial ha recomendado que el fomento de la lactancia natural se considere como un componente importante del proyecto de plan nacional de alimentación y nutrición. Ese proyecto, una vez sometido a todas las partes interesadas para que formulen sus observaciones, y una vez aprobado oficialmente por las autoridades competentes, pasará a formar parte del plan nacional de desarrollo.

136. El Ministerio de Salud y Asistencia Social ha preparado un proyecto de ley para el país que se ajusta a los principios enunciados en el Código Internacional. El proyecto se sometió al precitado comité interministerial para que formulara al respecto observaciones, que se están ahora examinando para ultimar esa legislación.

137. Se está revisando el material didáctico existente sobre promoción de la lactancia natural y se prepara otro nuevo; en 1982 se emprendió una campaña de radio y televisión, en la que colaboró el Ministerio de Información, para fomentar la lactancia natural. Se ha restringido la publicidad de sucedáneos de la leche materna a través de esos medios informativos.

138. Como parte de su colaboración con el Gobierno de Malawi, en diciembre de 1982, la OMS envió un pediatra y un jurista para que participaran en un taller nacional de una semana sobre alimentación de lactantes y niños pequeños, que comprendía debates sobre medidas nacionales apropiadas para dar efecto al Código Internacional.²

139. En Mali, a fin de facilitar la preparación de leyes para dar efecto al Código Internacional, se resolvió establecer un comité interministerial encargado de adaptar ese instrumento a las condiciones locales. El comité recomendó que durante 1983 se realizara una encuesta sobre lactancia natural tanto en zonas rurales como urbanas. Los resultados de la encuesta se someterán a debate y luego se adoptarán de común acuerdo medidas adaptadas a las condiciones imperantes en el país.

140. Habida cuenta de las recomendaciones formuladas en un taller sobre alimentación de lactantes y niños pequeños organizado en abril de 1982, el Gobierno de Rwanda estableció un comité encargado de preparar legislación basada enteramente en el Código Internacional; los cambios que se introduzcan tendrán el único objeto de ajustar las disposiciones de que se trate a las condiciones sociales y económicas imperantes en el país.

¹ International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N° 4, pp. 779-784.

² Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N° 1, pp. 175-178.

141. En Santo Tomé y Príncipe se ha prohibido la propaganda pública de sucedáneos de la leche materna.

142. El Ministerio de Salud de Sierra Leona ha adoptado medidas restrictivas de la publicidad de fórmulas para lactantes que no se ajusten a lo dispuesto en el Código Internacional ni al contenido actual de las enseñanzas sobre el particular. El Código se publicará como aviso oficial, lo que dará carácter obligatorio a sus disposiciones para importadores y distribuidores de alimentos destinados a lactantes. Se utilizan los medios de información pública para campañas educativas sobre alimentación de lactantes y está previsto formar un comité de ocho profesionales del Ministerio de Salud y del Departamento Jurídico para vigilar la aplicación del Código Internacional.

143. En Togo se ha realizado una encuesta sobre productos específicamente destinados a la alimentación de lactantes y niños, habiéndose descubierto que en los centros urbanos es indiscriminada la venta de dichos productos, que a veces se almacenan en condiciones inadecuadas. Habida cuenta de esos resultados, es probable que se implanten medidas para reglamentar las condiciones de almacenamiento y venta de fórmulas para lactantes y niños.¹

144. Entre las medidas adoptadas para aplicar el Código Internacional en Uganda cabe citar un seminario organizado en marzo de 1983 por la sección nacional de la Unión Interparlamentaria, la OMS y el UNICEF con el fin de dar a conocer a los parlamentarios, a las autoridades normativas y al público en general los problemas de nutrición infantil, y más particularmente la importancia de la lactancia natural y de las buenas prácticas de destete. Como complemento de esa actividad se programó para julio del mismo año un taller intersectorial encargado de elaborar un código nacional de comercialización, junto con los reglamentos necesarios para aplicarlo. Algunos de los reglamentos dependerán de la Oficina Jurídica de Normalización y otros corresponderán al ámbito de la ley sobre productos lácteos o de la ley sobre publicidad. Para últimos de 1983 estaba previsto realizar una encuesta nacional para estudiar las prácticas actuales de lactancia y destete, como primer paso hacia la preparación de un código y unos reglamentos adecuados.

145. A raíz de la adopción del Código Internacional, el Gobierno de la República Unida de Tanzania encargó a la Secretaría de la Comisión Nacional de Control de Alimentos que preparara un código sobre fabricación y comercialización de fórmulas para lactantes y otros alimentos destinados a ese mismo grupo o a niños de corta edad. El Presidente de la Comisión solicitó asistencia técnica de la OMS para evaluar, entre otras cosas, las necesidades nacionales de sucedáneos de la leche materna y determinar el tipo de acción que podría ser precisa en el país para dar efecto al Código Internacional. En enero de 1983, la OMS facilitó por dos semanas los servicios de dos asesores temporeros, un nutricionista y un especialista en derecho internacional.

146. En Zambia se ha ultimado un código nacional de comercialización que habrá de ser presentado a las autoridades competentes. Algunas secciones del código que no requieren promulgación por ley se aplican ya en la red nacional de centros de salud materno-infantil.

147. En Zimbabue, como parte de los preparativos del taller internacional previsto para enero de 1983 sobre aplicación del Código Internacional (véase el párrafo 107), se invitó a un representante de la División Jurídica de la Secretaría del Commonwealth para que examinara la situación y formulara recomendaciones sobre los aspectos jurídicos de la adopción del Código y sobre la adaptación de la legislación existente.

148. En el mismo país se sometió al Ministerio de Justicia un proyecto de código nacional sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna, para que asesorara sobre la mejor manera de promulgarlo. Por otra parte, se ha recabado la opinión de ministerios, organizaciones no gubernamentales y fabricantes sobre la conveniencia de reformar la legislación vigente por disposición oficial o de hacer que el Parlamento adopte una nueva ley, antes de formular recomendaciones definitivas al Ministerio de Salud. Entretanto, el Ministerio ha preparado pautas que se distribuirán entre personal de salud, instituciones y fabricantes. También se han establecido y difundido criterios sobre suministro de sucedáneos de la leche materna.

¹ Véanse los párrafos 217-220, relativos al almacenamiento de productos destinados específicamente a la alimentación de lactantes y niños, sobre todo en países tropicales.

Región de las Américas

149. En Canadá, los editores de revistas y la industria de alimentos para lactantes han decidido de común acuerdo poner término a la publicidad de sucedáneos de la leche materna en los medios de información pública. La publicidad entre profesionales de salud, aunque menos inquietante, sigue planteando todavía algunos problemas. El 9 de diciembre de 1983 se publicaron reglamentos revisados sobre aspectos tales como la calidad y el etiquetado de los sucedáneos de la leche materna (fórmulas para lactantes).¹

150. Como parte de la encuesta ordenada por el Gobierno Federal para evaluar los programas de promoción de la lactancia natural (véase el párrafo 71), se trató también de determinar hasta qué punto está extendida la práctica de regalar a las madres muestras de fórmulas para lactantes. Al parecer, en los hospitales se ha adoptado cierto criterio selectivo. Alrededor del 70% de las madres lactantes interrogadas declararon haber recibido muestras de ese tipo, aunque las variaciones de una región a otra eran considerables (el porcentaje mínimo era del 50%). La comparación entre el grupo de mujeres que habían recibido muestras y el grupo que no las había recibido reveló que en el primero era tres veces más alta la proporción de mujeres que habían puesto término a la lactancia en el primer mes. Los resultados de esa encuesta se están señalando a la atención de los profesionales e instituciones competentes de salud.

151. Inspirándose en el Código Internacional, un grupo técnico de Costa Rica elaboró un código nacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna que luego fue aprobado por el Ministerio de Salud. Actualmente, el Departamento Jurídico del Ministerio lo examina con vistas a su incorporación a la legislación nacional.

152. En diciembre de 1982 se celebró, con participación de autoridades de salud de Dominica, Granada, San Vicente y las Granadinas, y las Islas Turco y Caicos, y en colaboración con el Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe, una reunión consultiva regional sobre establecimiento de legislación relativa a la comercialización y distribución apropiadas de sucedáneos de la leche materna.

153. En abril de 1983, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador preparó un proyecto de reglamento sobre comercialización de alimentos para lactantes y para niños de menos de 1 año de edad. El reglamento, que abarca sucedáneos de la leche materna, productos dietéticos y suplementos para destete, había de entrar en vigor durante el segundo semestre del año.

154. Entre otras cosas, el reglamento dispone que se obtenga la aprobación oficial de las autoridades de salud para las campañas publicitarias y la comercialización de esos productos. Las etiquetas, en español, han de decir claramente que los sucedáneos no reemplazan a la leche materna y han de ser preparados siguiendo estrictamente las instrucciones. Queda prohibido el uso de términos tales como "humanizada" y "maternizada", así como de representaciones gráficas que den a entender que el producto de que se trata reemplaza a la leche materna y es tan bueno como ésta. La propaganda de sucedáneos de la leche materna se podrá dirigir únicamente a los pediatras y sólo podrá hacerse en publicaciones científicas; queda prohibida toda publicidad de alcance general.

155. En Guatemala, el Departamento Jurídico de la Administración General de Servicios de Salud ha aprobado un proyecto de código de comercialización de sucedáneos de la leche materna, y la Comisión Nacional de Lactancia Materna lo ha sometido a la consideración de la Presidencia de la República.

156. En Nicaragua, la vigilancia del cumplimiento de la ley de diciembre de 1981² sobre fomento de la lactancia natural depende de las autoridades de información pública, en coordinación

¹ Recueil international de Legislation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1984, Vol. 35, N° 1 (en preparación).

² Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1982, Vol. 33, N° 1, pp. 41-42.

con el Ministerio de Salud Pública. Así se comprobó que en diciembre de 1982 no había publicidad de sucedáneos de la leche materna. La vigilancia del uso, la composición, el precio y la distribución de esos sucedáneos (considerados como suministros médicos) dependen del Comité Intersectorial de Productos Farmacéuticos; por su parte, el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología se ocupa de verificar la calidad de los productos importados y de las existencias que tienen en el almacén tanto los detallistas como los grandes distribuidores.

157. También en Nicaragua, como complemento del decreto de diciembre de 1981 sobre promoción de la lactancia natural, se está preparando un código nacional ajustado a los principios y los fines del Código Internacional.

158. En los Estados Unidos de América, por decisión voluntaria de los principales fabricantes de fórmulas para lactantes, están en vigor algunos de los requisitos específicos enunciados en el Código Internacional sobre comercialización de sucedáneos de la leche materna. Por ejemplo, no se hace publicidad de fórmulas para lactantes en los medios de información pública. Cada uno de los tres principales fabricantes tiene sus propias normas de conducta en lo que a comercialización de fórmulas para lactantes se refiere, y los tres han manifestado que aplicarán el Código Internacional en sus operaciones comerciales con países en desarrollo y vigilarán sus propias prácticas en los países industrializados.

159. El Gobierno de los Estados Unidos señaló que no había adoptado medidas legislativas en relación con las disposiciones del Código, por los siguientes motivos: muchas de ellas han sido ya aceptadas voluntariamente; algunas son inadecuadas en las circunstancias económicas y sociales imperantes, que son distintas de las existentes en los países en desarrollo, a quienes está en particular destinado el Código; y algunas disposiciones jurídicas y constitucionales de los Estados Unidos significan un obstáculo para la aplicación. El Gobierno estima que toda medida para aplicar compulsivamente una disposición del Código sería inapropiada en el contexto de la legislación y la política de los Estados Unidos. No tiene ninguna objeción a que los fabricantes nacionales respeten voluntariamente determinadas cláusulas del Código, pero no dará fuerza de ley a ninguna disposición incompatible con la política establecida.

160. Por lo que respecta a cambios en las etiquetas, los fabricantes de los Estados Unidos han adoptado símbolos y pictogramas para completar las instrucciones sobre preparación adecuada e higiénica; en todas las etiquetas de fórmulas concentradas para lactantes, la industria pone un símbolo universal de dilución, que tiene los mismos colores y se coloca siempre en el mismo sitio con el fin de que a los padres analfabetos o de lengua distinta de la inglesa les sea más fácil comprender la buena preparación de la fórmula. El material informativo facilitado a los profesionales de salud se prepara en español e inglés y, a petición, también en otros idiomas, por ejemplo el khmer y el vietnamita. En ese material se hace hincapié en las ventajas de la lactancia materna y en el modo de practicarla, y se instruye a los padres sobre la preparación adecuada de fórmulas para lactantes.

161. También en relación con la alimentación infantil, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) y la Comisión de Inocuidad de los Productos de Consumo anunciaron en diciembre de 1983 la adopción de medidas¹ para reducir al nivel más bajo posible la cantidad de nitrosaminas que se encuentran en las tetinas de biberón² y en los chupetes. Las observaciones demuestran que las nitrosaminas, formadas durante el proceso de fabricación, pueden pasar a la leche u otros alimentos, o también ser ingeridas por contacto directo con la saliva.³ Según lo dispuesto por la FDA, a partir de 1 de enero de 1985 el nivel de nitrosaminas en las tetinas habrá de ser inferior a diez partes por mil millones.

¹ Federal Register, 27 de diciembre de 1983, Vol. 48, N^o 249, pp. 56988-56990 y 57014-57017. Reseña prevista en el Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation.

² Las tetinas están incluidas en el ámbito de aplicación del Artículo 2 del Código Internacional.

³ Las nitrosaminas, que son cancerígenas para los animales, existen en pequeña cantidad en muchos alimentos y se pueden formar en el tracto gastrointestinal humano.

162. Por la Resolución N^o 5, de 16 de julio de 1982, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela adoptó los requisitos a que han de ajustarse las fórmulas para lactantes.¹ La superioridad de la leche materna se deberá indicar en recipientes, envoltorios, etiquetas y prospectos, así como en leyendas y anuncios de fórmulas para lactantes, añadiendo además que éstas sólo deberán usarse en lugar de la leche materna por indicación médica. Queda prohibida en recipientes, envoltorios, etc., toda palabra o ilustración que trate de influir en las madres para que usen esos productos en detrimento de la lactancia natural o que promueva su consumo de manera caprichosa y sin supervisión médica.

163. La publicidad de fórmulas para lactantes en los medios de información pública se limitará a campañas educativas y deberá ser aprobada de antemano por la División de Higiene de los Alimentos del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. El material informativo destinado a personal médico o paramédico habrá de tener carácter científico. Por último, queda prohibida la promoción de la venta y el consumo de fórmulas para lactantes por medios tales como ofertas a precios reducidos, carteles, distribución de muestras y, en general, regalos. Sin embargo, pueden enviarse muestras al personal médico y paramédico.

Comunidad del Caribe

164. La OMS subvenció la participación de varios representantes de organismos medicolegales regionales y facilitó un experto para la reunión que celebró en noviembre de 1982 el Comité Permanente de Asuntos Medicolegales de la Comunidad del Caribe (CARICOM).² El Comité examinó el Código Internacional y recomendó a los Estados Miembros diversos modos de aplicarlo.

Región de Asia Sudoriental

165. Por Orden del 19 de diciembre de 1983, el Gobierno de la India adoptó el Código Nacional Indio para la Protección y el Fomento de la Lactancia Natural³ como "una de las medidas que el Gobierno debe tomar para proteger y promover el crecimiento y desarrollo sano de los lactantes y los niños pequeños". Muy parecida a la versión del Código Internacional en forma de reglamento,⁴ la versión del código nacional fue transmitida a todos los interesados, incluidos los funcionarios de los gobiernos central y de los estados de la India, y se publicó en la Gaceta de la India para conocimiento general.

166. En Sri Lanka se publicó la Directiva N^o 44,⁵ de 8 de febrero de 1983, en la que se prescribe que "todos los fabricantes y/o los expendedores de alimentos lácteos infantiles, alimentos infantiles, biberones y tetillas y válvulas para biberones se atenderán", en la comercialización de esos productos, a lo dispuesto en el código nacional. Aparte de las secciones relativas, entre otras cosas, a la publicidad y la promoción de ventas, el etiquetado, las muestras y los suministros, el material docente, los sistemas de asistencia de salud, los empleados de las compañías, la fijación de precios y la inspección de la calidad y los requisitos nutricionales, el código descarta la venta de biberones de plástico.

¹ Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N^o 1, pp. 96-97.

² Miembros de CARICOM: Antigua, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Montserrat, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, y Trinidad y Tabago.

³ La reseña correspondiente aparecerá en el Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation.

⁴ Véase la versión en forma de reglamento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en el documento A34/8. La versión original del Código Internacional fue presentada al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud en enero y mayo de 1981, respectivamente, como reglamento y como recomendación. El Código fue adoptado en la segunda de estas formas, en el sentido del Artículo 23 de la Constitución de la OMS, el 21 de mayo de 1981. Véanse las explicaciones sobre las repercusiones jurídicas de ambas formas del Código en el documento WHA34/1981/REC/1, Anexo 3.

⁵ Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N^o 4, pp. 784-787.

Región de Europa

167. En Argelia, la producción local o la importación de sucedáneos de la leche materna deben sujetarse a las normas sobre la composición de la leche, contenidas en las leyes nacionales promulgadas hace más de diez años. Los procedimientos de importación vigentes comprenden ofertas de licitación internacional, en que se prescriben no sólo las cantidades y los métodos de envasado y expedición, sino asimismo la composición química del producto y en que se requiere del fabricante que facilite información acerca de los resultados de los análisis efectuados. La propaganda comercial de sucedáneos de la leche materna está prohibida y con el monopolio estatal del comercio exterior se ha eliminado el uso de marcas comerciales extranjeras.

168. En Austria, los sucedáneos de la leche materna se consideran como alimentos dietéticos y están sujetos a la reglamentación sobre alimentos. En colaboración con la industria de alimentos infantiles y con los pediatras, el Ministerio Federal de Salud ha redactado un acuerdo de carácter voluntario que trata de la publicidad y del suministro de muestras de productos. El proyecto de este acuerdo apareció en marzo de 1983.

169. El Gobierno de Bulgaria ha proporcionado información relativa a los requisitos del Código Internacional a la industria láctea estatal, a los productores y distribuidores de alimentos infantiles y al Instituto Nacional de Educación Sanitaria.

170. En Dinamarca se han celebrado prolongadas discusiones entre las autoridades nacionales (Junta Nacional de Salud y Ministerios del Interior y de Asuntos Exteriores), representantes de sindicatos de trabajadores sanitarios, asociaciones de consumidores y la Asociación de Productores Daneses de Productos Dietéticos (SEDAN) con respecto a la adaptación del Código Internacional a las condiciones nacionales. El Ministerio del Interior anunció el 2 de febrero de 1984 la concertación de un acuerdo voluntario con SEDAN en el que se establece, entre otras cosas, la supresión de los anuncios de sucedáneos de la leche materna destinados al público en general y una modificación de las prácticas de etiquetado de los productos, en particular la supresión de las ilustraciones que representan niños y la inclusión de una recomendación relativa a la procedencia de consultar al personal de salud antes de usar un sucedáneo de la leche materna. Además, la industria de alimentos infantiles ha comunicado que se atenderá a los términos del acuerdo nacional con respecto a sus prácticas de comercialización en el extranjero. Este acuerdo entró en vigor el 1 de marzo de 1984, estando prevista su evaluación al cabo de un año de vigencia.

171. Sobre un asunto afín, SEDAN ha informado al Ministerio del Interior de que las compañías afiliadas no tienen el propósito de extender ni intensificar la comercialización de alimentos para destete fabricados a base de cereales; esta decisión permite esperar que se atenúe el riesgo de una interrupción precoz de la lactancia materna.

172. En la República Federal de Alemania, el Código Internacional ha sido remitido a la Asociación Alemana de Hospitales y a la Sociedad Alemana de Ginecología y Obstetricia con objeto de que sirva para asesorar a los miembros de estas asociaciones en lo que respecta a su responsabilidad como trabajadores sanitarios y miembros del sistema de asistencia de salud, especialmente en materia de información.

173. La aplicación del Código Internacional sigue siendo en Irlanda parte integrante de la serie de medidas de investigación, educación, ecología y regulación que tienen por objetivos primordiales un aumento del número de madres que dan el pecho a sus niños y el mantenimiento de un alto nivel de lactancia materna. Hay indicios de que el porcentaje de madres que dan el pecho al ser dadas de alta de la maternidad ha aumentado por encima del 32% que se había registrado durante la encuesta nacional llevada a cabo en 1981.

174. El 21 de diciembre de 1982 se adoptó en la República de Irlanda un Código de Prácticas para la Comercialización de las Preparaciones para Lactantes que está basado en los principios y el objetivo del Código Internacional y que refleja las condiciones legales, epidemiológicas, sociales y económicas relacionadas con el uso y la comercialización de las preparaciones para lactantes en el país. Es fruto de las conversaciones entre el Departamento de Salud y los fabricantes de alimentos infantiles con sede en Irlanda y de consultas con una amplia serie de

personas, organizaciones y grupos de especial competencia en materia de alimentación y asistencia infantiles. Caracteriza este Código la creación de un Comité encargado de vigilar su aplicación y compuesto de expertos en alimentación y asistencia infantiles que son designados por sus respectivas organizaciones, de funcionarios del Departamento de Salud y de la Oficina de Educación Sanitaria y de representantes de la industria de alimentos infantiles.

175. Las principales funciones del Comité de Vigilancia son examinar las infracciones reales o supuestas del Código y revisar éste a la luz de la experiencia de su aplicación y de cualquier dato pertinente aducido. Por la aplicación del Código ha de velar el personal médico y paramédico destinado en servicios de salud de la comunidad y en hospitales del sistema de atención primaria de salud, el cual informará debidamente al Comité de Vigilancia. Los particulares pueden asimismo señalar los casos oportunos.

176. El Gobierno de Noruega y los dos fabricantes nacionales de preparaciones para lactantes firmaron el 6 de abril de 1983 un código de aplicación voluntaria sobre comercialización de los sucedáneos de la leche materna. Han entrado asimismo en vigor las normas para las prácticas de alimentación higiénica de los lactantes que habían sido adoptadas en reuniones celebradas entre la Dirección de Salud y los representantes de los cinco principales sindicatos de trabajadores de Noruega. Entre ambos, esos dos acuerdos abarcan todas las disposiciones del Código Internacional, con algunos reajustes hechos para tener en cuenta las circunstancias nacionales.

177. Al cabo de un año de su aplicación en Portugal, se modificó en agosto de 1983 el código nacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna¹ con el fin de eliminar el suministro de muestras y de nuevas preparaciones a los médicos y los servicios de salud. La versión revisada apareció como Anexo 1 al folleto de información sobre nutrición en pediatría (Nutrição em Pediatria) publicado a fines de 1983 por la Dirección General de Salud y destinado a los profesionales de la salud y al público en general. Uno de los problemas que quedan pendientes es el de los anuncios en la televisión y otros medios de artículos tales como los biberones.

178. En Suecia se promulgó el 2 de mayo de 1983 un reglamento² para la orientación del personal de salud y de asistencia médica en lo que hace a la aplicación del Código Internacional, en particular respecto a los lactantes de hasta seis meses de edad. Este reglamento comprende secciones relativas a la información y a la educación sobre alimentación infantil, a los sistemas de salud y de asistencia médica, y al personal de salud y de atención médica. Por otra parte, el Consejo Nacional de Salud y Asistencia Social, previa consulta con el Consejo Nacional para Políticas de Consumo y con la Administración Nacional de Alimentos, ha formulado recomendaciones de carácter general acerca de la aplicación del Código Internacional en Suecia.

179. En el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte entró en vigor el 2 de agosto de 1983 un código de prácticas para la comercialización de alimentos infantiles preparado por la Federación de Fabricantes de Alimentos en consulta con el Departamento de Salud y el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. El Código lleva aneja una circular complementaria sobre salud para orientación del personal profesional de salud. Está formándose un comité de vigilancia, compuesto de ocho miembros que serán designados por el Gobierno entre las profesiones de salud y las asociaciones de consumidores y de cuatro miembros designados por la citada Federación, que se encargará de vigilar el cumplimiento del código de prácticas.

Comunidad Económica Europea (CEE)

180. La Dirección General del Mercado Interior y de Asuntos Industriales de la Comisión de Comunidades Europeas habrá de adoptar en principio una decisión final en un futuro próximo sobre la versión revisada de un código industrial de prácticas para la comercialización de sucedáneos de la leche materna en la CEE, que fue presentado por la Asociación de Industrias de Alimentos Dietéticos de la CEE (IDACE) el 5 de septiembre de 1983.

¹ Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1984, Vol. 35, N° 1 (en preparación).

² Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N° 4, pp. 787-791.

181. Un representante de la citada Comisión anunció¹ el 29 de noviembre de 1983 que la Comisión estaba a punto de terminar su serie de consultas sobre el asunto de los sucedáneos de la leche materna con las partes interesadas, incluidos los Estados Miembros de la CEE y el Comité Consultivo sobre Alimentos, en el que hay representantes de la agricultura, el comercio, los consumidores, la industria y los sindicatos. Gracias a estas consultas la Comisión podrá presentar en un futuro próximo al Consejo, compuesto de representantes de los diez Estados Miembros,² un proyecto de directiva sobre la composición y el etiquetado de las preparaciones para lactantes y los alimentos lácteos complementarios con arreglo a lo declarado durante un debate que hubo al respecto en el Parlamento Europeo en abril de 1982 (véase más adelante). La Comisión estaba asimismo efectuando una evaluación de otros asuntos relacionados con la alimentación infantil y tenía el propósito de presentar sus conclusiones al mismo tiempo que el proyecto.

182. El Parlamento Europeo adoptó el 11 de abril de 1983 por 133 votos contra 23³ una resolución preparada por el Comité sobre Desarrollo y Cooperación acerca del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Esta resolución aludía a otra anteriormente adoptada sobre el mismo tema por el Parlamento en octubre de 1981 y recordaba que la Comisión Europea había encomendado al Parlamento que redactara una propuesta de directiva que permitiese conseguir la aplicación uniforme del Código Internacional en los Estados Miembros de la Comunidad. Pedía entre otras cosas a la Comisión que redactase la propuesta correspondiente a esa directiva; que presentase al Parlamento un informe anual sobre la aplicación y el cumplimiento del Código Internacional en la Comunidad y en las empresas con sede en la Comunidad que operan en otros lugares del mundo, y que hiciera cuanto estuviera razonablemente a su alcance por lograr que las empresas basadas en los Estados Miembros de la Comunidad que actúan en los países en desarrollo den cumplimiento a las disposiciones del Código Internacional o a las leyes y códigos nacionales vigentes en esos países.

Consultas oficiosas con la industria de alimentos infantiles

183. La Oficina Regional de la OMS para Europa convocó en Copenhague el 7 de diciembre de 1983 una consulta oficiosa con diez representantes de la industria europea de alimentos infantiles. La principal finalidad de la reunión era ofrecer una oportunidad de diálogo entre la OMS y los fabricantes de estos alimentos en lo que respecta a los problemas de nutrición planteados en la Región. El tema principal fue el del Código Internacional y su aplicación por los fabricantes y distribuidores de sucedáneos de la leche materna. Se presentó en forma de documento y se examinó detalladamente un proyecto de plan modelo para la evaluación de las estrategias de comercialización de alimentos infantiles, que había sido preparado por la Oficina en respuesta a una solicitud general de apoyo técnico en la materia hecha por el Comité Regional. Otros temas examinados fueron las preparaciones de alimentos lácteos complementarios y la exportación de sucedáneos de la leche materna a países en desarrollo.

184. Se acordó que los fabricantes representados en la consulta examinarían el proyecto de plan modelo y enviarían sus observaciones al respecto a la Oficina Regional a fines de marzo de 1984; que el Secretario General de la Secretaría Internacional de las Industrias de Alimentos Dietéticos (ISDI) haría en lo sucesivo las veces de agente de enlace entre la industria de alimentos infantiles y la Oficina Regional; y que sería conveniente celebrar por lo menos durante unos años, de preferencia en otoño, reuniones anuales oficiosas entre la industria y la Oficina.

Región del Mediterráneo Oriental

185. La reunión propuesta en el Afganistán de representantes de los Ministerios de Salud Pública, Educación, Justicia, Comercio e Información, así como de otros órganos oficiales competentes y de personal de la OMS y del UNICEF destinado en el país se celebró a fines de 1982 bajo los

¹ Official Journal of the European Communities, N° C 14, 19 de enero de 1984, p. 18.

² Bélgica, Dinamarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y la República Federal de Alemania.

³ Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N° 3, p. 679.

auspicios del Comité Estatal de Planificación. En la reunión se formularon planes para la preparación de un proyecto de código nacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna por el Ministerio de Salud Pública, en cooperación con los Ministerios de Justicia y Comercio en particular.

186. A raíz de la adopción del Código Internacional, se creó en Chipre un comité presidido por el Director del Departamento de Servicios Médicos y de Salud y encargado de estudiar el Código y de adaptar sus disposiciones a las circunstancias nacionales. Este comité, compuesto de pediatras, especialistas en obstetricia y ginecología, otros trabajadores sanitarios y representantes de los fabricantes, ha hecho cierto número de recomendaciones que están siendo estudiadas por las autoridades gubernamentales competentes. Entre tanto se ha pedido a los funcionarios médicos de distrito y a los visitantes sanitarios que tomen medidas apropiadas para estimular la lactancia natural y destacar sus ventajas, recalcando al mismo tiempo los inconvenientes de los sucedáneos de la leche materna.

187. El Gobierno de Djibouti ha publicado en octubre de 1981 unas instrucciones¹ que tienen por finalidad orientar a las personas encargadas de los servicios de salud en lo que hace al fomento de la lactancia materna. En ellas se trata, entre otras cosas, de la información y la educación que ha de darse a las mujeres embarazadas y a las madres acerca de las ventajas y de las formas apropiadas de comenzar y continuar la lactancia natural; de las necesidades nutricionales de la madre, insistiendo en particular en complementar la dieta materna en lugar de alimentar al niño con sucedáneos de la leche de la madre, y del uso de alimentos complementarios adecuados dados con una taza o una cuchara y evitando el biberón mientras se sigue dando el pecho al niño hasta que cumple un año. En las instrucciones se prohíbe también en los dispensarios y demás servicios de salud cualquier anuncio que redunde en detrimento de la lactancia materna y sugiera que es preferible la alimentación con biberón.

188. El Gobierno de la República Islámica del Irán ejerce actualmente el monopolio en cuanto a la importación y distribución de sucedáneos de la leche materna y ha reducido el número de marcas disponibles en el mercado nacional. El clero favorece la lactancia materna, cosa que se hace también mediante la publicación de folletos y las emisiones de programas educativos en la radio y la televisión nacionales.

189. En todos los envases de preparaciones para niños comercializadas en Israel ha de haber una nota en hebreo que diga lo siguiente: "Aviso importante: la leche de la madre es el mejor alimento para los lactantes. Cuando no baste la leche materna, o cuando sea imposible amamantar al niño, debe darle el alimento infantil apropiado". Hace muchos años que no se autoriza en Israel el empleo de términos tales como "humanizados", "maternalizados", etc. referidos a los alimentos para lactantes. No se permite que figuren en los envases ilustraciones representando a niños.

190. En Jordania, el comité técnico del Ministerio de Salud que se ha constituido para estudiar los diversos aspectos de la alimentación del lactante y del niño pequeño está terminando unas especificaciones completas sobre preparaciones para lactantes y otros alimentos para lactantes y niños pequeños hasta la edad de 3 años. Abarcan, entre otras cosas, las recomendaciones pertinentes de la OMS (Código Internacional) y las de la comisión del Codex Alimentarius. El comité exige que los fabricantes e importadores de preparaciones para lactantes inscriban en el registro del Ministerio de Salud sus productos, que sólo serán autorizados si se ajustan a las especificaciones. También ha fijado los precios para estos productos.

191. Se ha redactado en Qatar un código nacional de comercialización de los sucedáneos de la leche materna que, entre otras cosas, supedita la obtención de preparaciones para lactantes a una receta médica y establece la obligatoriedad de la inscripción de los comerciantes en el registro del Centro de Inspección e Investigaciones de Alimentos como requisito previo para ser autorizados a vender preparaciones para lactantes.

¹ Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N° 1, pp. 94-96.

192. En Somalia se ha traducido el Código Internacional al somalí y se ha reproducido el texto como Anexo 4 a la versión local y debidamente adaptada del manual sobre alimentación de lactantes y niños pequeños inicialmente preparado por el Grupo Consultivo sobre Proteínas de las Naciones Unidas en 1971 y revisado en 1976 (a este respecto véase asimismo el párrafo 106).

193. En Túnez las disposiciones de la Ley N° 83-24,¹ del 4 de marzo de 1983 resultan aplicables a la inspección de la calidad, la comercialización y la información relativa al empleo de sucedáneos de la leche materna y productos afines, y a la comercialización de biberones y tetinas. Entre otras cosas, la ley prohíbe: la publicidad de sucedáneos de la leche materna y la distribución de muestras de estos sucedáneos y de utensilios y artículos de tal naturaleza que pueda favorecer el uso de estos productos o de biberones; las demostraciones de alimentación artificial, salvo a cargo del personal de salud, y los donativos o ventas a precio reducido de productos objeto de la ley, excepto a las instituciones de asistencia infantil. Por lo que se refiere al etiquetado, los envases deben llevar un aviso enmarcado en que se ponga de relieve la superioridad de la leche materna, aparte de facilitar la información necesaria para preparar los productos debidamente e indicar las desventajas del uso inapropiado. Toda la información debe estar escrita en árabe. Está previsto que la ley entre en vigor dentro del año siguiente a su promulgación.

Consejo de Ministros de Salud de los Países Arabes de la Zona del Golfo²

194. En febrero de 1983 la Secretaría General del Consejo de Ministros de Salud de los Países Arabes de la Zona del Golfo convocó en Riad, Arabia Saudita, una reunión con objeto de estudiar la aplicación del Código Internacional. Se solicitó de la OMS que proporcionara apoyo técnico para esta reunión, durante la cual se examinaron detalladamente las disposiciones del Código y se hizo cierto número de sugerencias para modificarlo con el fin de adaptarlo a las particulares necesidades de los distintos países de la zona.

195. Basándose en las recomendaciones hechas en la reunión, la Secretaría General estableció un comité encargado de estudiar el Código Internacional y de preparar un proyecto común de ley para dar efecto a sus disposiciones. El proyecto de ley,³ que sólo se aparta en pequeños detalles del texto del Código Internacional, fue aprobado por los ministros de salud de los países árabes de la Zona del Golfo en su 16ª reunión, de enero de 1984.

Región del Pacífico Occidental

196. El 2 de mayo de 1983 los Ministerios Federales de Salud y de la Industria Primaria de Australia aprobaron el Código Australiano de Prácticas para la Comercialización de las Preparaciones para Lactantes. En el Código Australiano se da cumplimiento a los preceptos del Código Internacional, con una o dos modificaciones necesarias para atenerse a la legislación nacional existente. Además, el Comité de Normas Alimentarias del Consejo Nacional de Investigaciones Sanitarias y Médicas está incorporando los Artículos 9.1, 9.2 y 9.4 del Código Internacional a las disposiciones sobre etiquetado de un proyecto de reglamento australiano sobre preparaciones para lactantes y se han celebrado conversaciones con las autoridades de salud de los Estados acerca de las responsabilidades de sus servicios de salud con respecto al Código.

197. En Brunei los servicios médicos y sanitarios están dando a conocer mejor al público las ventajas de la lactancia materna gracias a los medios de comunicación en masa (radio y televisión) y mediante folletos, carteles, reuniones y exposiciones. El Código Internacional se

¹ Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1984, Vol. 35, N° 1 (en preparación).

² La Arabia Saudita, Bahrein, los Emiratos Arabes Unidos, el Iraq, Kuwait, Omán y Qatar. La Ley Federal N° 4/1983 de los Emiratos Arabes Unidos (sobre farmacéuticos y farmacias) prohíbe en su Capítulo XV la publicidad de los alimentos para lactantes (véase la nota 1 precedente).

³ La reseña correspondiente aparecerá en el Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation.

cumple siempre que se ajusta a las circunstancias nacionales. Aunque no hay legislación nacional relativa a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, se ha suprimido su publicidad en los medios de información. No se distribuyen muestras de leche gratuita en las clínicas.

198. El Director de los Servicios de Salud Pública y Sociales de Guam está verificando el cumplimiento en el Territorio de las normas del Código Internacional, con miras a recomendar medidas encaminadas a subsanar cualquier deficiencia o problema sanitario existente y está revisando los programas de ayuda educativa para la lactancia natural con el fin de que tengan una eficacia máxima.

199. El Departamento de Servicios Urbanos de Hong-Kong ha advertido a todos los importadores de alimentos infantiles de la necesidad de obtener del fabricante y de la autoridad competente del país de origen un documento que certifique que cada remesa de alimentos infantiles importados está manufacturada de conformidad con las normas y prácticas del Codex Alimentarius que resulten aplicables y en conformidad con las disposiciones del Código Internacional sobre etiquetado (Artículo 9).

200. En Malasia, el Ministerio de Salud publicó el Día Mundial de la Salud de 1983 una versión revisada del "Código de ética y normas profesionales en materia de publicidad, información sobre productos y servicios de asesoramiento sobre preparaciones para lactantes", que había sido aprobado inicialmente en junio de 1980.

201. Nueva Zelandia ha comunicado que ha aceptado sin reservas el Código Internacional. Indicando que prefiere dar al asunto un enfoque regional, el Ministerio de Salud ha escrito a otros ministerios de salud del Pacífico Meridional invitándoles a que hagan lo mismo. Se ha previsto la firma de una declaración legal de aceptación mediante acuerdo voluntario con las empresas que comercializan y exportan estos productos. El Ministerio de Salud comunicó en abril de 1983 que estaba adoptándose el Código Internacional con una disposición suplementaria en virtud de la cual se crea un grupo de vigilancia compuesto de representantes del gobierno, de las profesiones sanitarias, de las organizaciones no gubernamentales y de la industria, encargado de interpretar cualquier parte del Código que pueda causar dificultades. Los exportadores de sucedáneos de la leche materna accederán a adherirse al código nacional del país de destino o, a falta de tal instrumento, al Código Internacional.

202. El Gobierno de la República de Corea estimula la autorreglamentación a cargo de la industria con el fin de aplicar el Código Internacional. El Ministerio de Salud y de Asuntos Sociales ha transmitido sus recomendaciones sobre protección y fomento de la lactancia natural, acompañadas de una traducción del Código, a todos los interesados, en particular los fabricantes de alimentos infantiles y las asociaciones de beneficencia.

203. Las autoridades sanitarias nacionales de Samoa se han reunido con el representante de una gran empresa de sucedáneos de la leche materna para ver la forma de amoldar las prácticas de comercialización a determinadas disposiciones del Código Internacional, en particular las relativas al personal de salud y al contenido de las etiquetas de los productos.

Medidas adoptadas en los planos mundial, regional e interregional con respecto a la aplicación del Código Internacional

204. Además de las versiones en los seis idiomas oficiales de la OMS, el Código Internacional ha sido traducido a los siguientes: alemán, coreano, danés, dari,¹ holandés, japonés, noruego, portugués, pushtu,¹ somalí (véase el párrafo 192) y sueco. Excepción hecha de la traducción al alemán, realizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa a petición del UNICEF (para su empleo por sus comités nacionales en Europa), todas estas traducciones, que no tienen carácter oficial, fueron hechas fuera de la Organización por los gobiernos, el UNICEF, organizaciones no gubernamentales, fabricantes de alimentos infantiles, etc.

¹ En el Afganistán.

205. La OMS sigue recogiendo información sobre leyes, reglamentos y demás medidas relativas a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna, de conformidad con la petición formulada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1980.¹ Las medidas de alcance nacional publicadas en el Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation durante el periodo abarcado por el presente informe son las adoptadas en Canadá, Djibouti, Kenya, Nigeria, Perú, Portugal, Sri Lanka, Suecia, Túnez y Venezuela.² También aparecen regularmente en esa publicación artículos sobre temas afines, como la higiene de los alimentos y los aspectos nutricionales de la alimentación de lactantes y niños pequeños.

206. Con la ayuda del UNICEF, la OMS preparó una compilación mundial sin carácter oficial de textos legislativos y otros textos pertinentes, entre ellos códigos de conducta referentes a la comercialización y el etiquetado de alimentos infantiles y sus normas de calidad. Esta compilación, que abarca cerca de 70 países, contiene directivas de la Comunidad Europea, materiales procedentes del Parlamento Europeo y de la Comisión del Codex Alimentarius y diversos trabajos de organizaciones no gubernamentales y de la industria de alimentos infantiles. Además de aparecer en el Recueil-Digest cuando procede, esta información se comparte directamente, a solicitud de los interesados, con las autoridades competentes de los países deseosos de beneficiarse de un intercambio de información sobre leyes, reglamentos y demás medidas concernientes a la comercialización y distribución de los alimentos infantiles, incluidos los sucedáneos de la leche materna.

207. La OMS y el UNICEF han confeccionado también un manual de hojas sueltas, que no tiene carácter oficial y que ha de servir para suministrar a los abogados, administradores y demás personas interesadas información y documentación básica sobre la preparación, adopción y aplicación del Código Internacional y como medio para favorecer una comprensión mejor del Código y de la forma en que los distintos países pueden dar efecto a sus disposiciones teniendo en cuenta las circunstancias nacionales.

Consultas officiosas sobre la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

208. En junio de 1982 se celebró en Ginebra una consulta officiosa con un grupo internacional de abogados a los que, por estar familiarizados con una amplia serie de países y de sistemas jurídicos, se invitó a considerar diferentes estrategias aplicables al cumplimiento del Código Internacional. Los participantes en la reunión prepararon entre otras cosas un "marco general para la elaboración de medidas nacionales que permitan dar efecto al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna". Con arreglo a este marco se dividió el Código en nueve partes principales y se expone cierto número de posibles disposiciones de carácter compulsivo o no compulsivo (estatutos, decretos, reglamentos, códigos de ética, acuerdos voluntarios y normas) que los gobiernos pueden tomar para dar efecto a cada una de esas partes.

209. La Oficina Regional para Europa organizó en noviembre de 1982 en Copenhague una reunión officiosa semejante en la que participaron representantes de 11 Estados Miembros de la Región. En la reunión se trataron los asuntos siguientes: disposiciones legales más adecuadas para dar cumplimiento a las diversas cláusulas del Código Internacional; forma de conseguir un enfoque coordinado e intersectorial en la aplicación y vigilancia del Código; función de las organizaciones intergubernamentales, tanto internacionales como regionales; cometido de las organizaciones no gubernamentales; y posibilidad de establecer una legislación modelo para grupos específicos de países. El informe sobre esta reunión se ha publicado con el título de "Strategies for the legal implementation of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes" [Estrategias para el cumplimiento legal del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna].

¹ Resolución WHA33.32, párrafo 5.2).

² Véanse las menciones específicas a estos y otros textos reproducidos en dicha publicación en los precedentes párrafos relativos a cada país.

El Commonwealth

210. En la Séptima Reunión de Ministros de Salud del Commonwealth (Ottawa, 2-8 de octubre de 1983), dedicada a asuntos medicolegales, se dio considerable relieve a la cuestión de la aplicación del Código Internacional. Los participantes recordaron los orígenes del Código y examinaron el grado en que los países Miembros¹ lo habían adoptado. En ciertos casos, aunque no se haya adoptado el Código en sí, se han dictado disposiciones encaminadas a aplicar alguna de sus cláusulas, como por ejemplo la prohibición absoluta de la publicidad, la prohibición a las instituciones de salud de que acepten muestras, o el requisito de que los biberones no se vendan más que con receta.

211. Los participantes destacaron la importancia que tiene para su efectivo cumplimiento la adopción del Código por todos los países, que es la forma de garantizar la calidad de los productos comercializados con arreglo a las disposiciones del Código. La reunión recomendó a los países que aún no habían adoptado el Código Internacional que lo hicieran cuanto antes y a la Comisión de la Secretaría del Commonwealth que informase sobre los asuntos medicosociales y legales y sus consecuencias, con el fin de crear en el Commonwealth un mecanismo encargado de mantenerse al corriente de los acontecimientos en la materia y de informar a la reunión de países Miembros convocada para 1984 antes de la Asamblea Mundial de la Salud.

Taller interregional Secretaría del Commonwealth/OMS/UNICEF

212. La OMS copatrocinó, con la Secretaría del Commonwealth en Londres y el UNICEF, un taller sobre los problemas medicosociales y legales planteados por la aplicación del Código Internacional de Sucedáneos de la Leche Materna (véase también el párrafo 147). En esta reunión multisectorial, celebrada en Harare (Zimbabwe) del 17 al 21 de enero de 1983, participaron diez países miembros del Commonwealth.² Basándose en las detenidas encuestas hechas en los distintos países por dos consultores y también en los informes presentados por los representantes de cada país, se llegó a la opinión general de que el Código Internacional había conseguido llamar la atención sobre los problemas de la alimentación de lactantes y niños pequeños. Aunque el ritmo de su adopción por los países puede haber resultado más lento de lo inicialmente previsto, se han conseguido sin embargo ventajas secundarias de importancia.

213. Muchos participantes en la reunión consideraron que, siempre que proceda, debe recurrirse a la legislación vigente para dar efecto al Código Internacional con el fin de acelerar el proceso de su aplicación, además de que cabe utilizar las estructuras administrativas existentes para reforzar las diversas disposiciones del Código. Se examinaron y revisaron dos ejemplos de legislación modelo susceptibles de adaptación en cada país. En cuanto al ámbito de aplicación del Código Internacional, la mayor parte de los participantes africanos insistieron enérgicamente en que debería ampliarse a fin de abarcar los alimentos de destete ya que, en la Región de Africa, es en el momento de la ablactación cuando se plantean por vez primera los principales problemas de malnutrición de los lactantes y niños pequeños. El informe sobre el taller se presentó a la Conferencia de Ministros de Justicia del Commonwealth en febrero de 1983.

Cooperación con todas las partes interesadas en la aplicación y la vigilancia del Código Internacional

214. Además de apoyar a los Estados Miembros, la Asamblea de la Salud pidió al Director General, en el apartado 2 del párrafo 5 de la parte dispositiva de la resolución WHA34.22, "que ofrezca su mediación para mantener la cooperación con todas las partes interesadas en la aplicación y la vigilancia del Código Internacional en los planos nacional, regional y mundial".

¹ Treinta y seis de los cuales son Estados Miembros de la OMS. Véase el Recueil international de Législation sanitaire; International Digest of Health Legislation, 1983, Vol. 34, N° 4, pp. 943-944.

² Bangladesh, Kenya, Lesotho, Malasia, Malawi, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania, Sri Lanka, Trinidad y Tabago y Zimbabwe, todos ellos Estados Miembros de la OMS.

215. En consecuencia, la OMS ha mantenido estrecho contacto con los grupos profesionales, las instituciones y los individuos interesados, pero particularmente con los fabricantes y distribuidores de productos que caen dentro del ámbito del Código, y con las organizaciones no gubernamentales que se han esforzado por promover prácticas apropiadas de alimentación de lactantes y niños pequeños. Varios fabricantes de preparaciones para lactantes, por ejemplo, en su afán por "asegurar que su conducta en todos los planos resulte conforme" a los principios y el objetivo del Código Internacional (Artículo 11.3), han solicitado el parecer de la Secretaría tanto sobre política general de comercialización como sobre puntos concretos, por ejemplo, el etiquetado de los productos (véase el párrafo 209 concerniente a las consultas oficiosas celebradas con fabricantes de preparaciones para lactantes en la Región de Europa).

216. Al mismo tiempo, cierto número de organizaciones no gubernamentales siguen manteniendo a la OMS al corriente de sus numerosas actividades tendentes a mejorar la nutrición de los lactantes y los niños pequeños, por ejemplo, el patrocinio de conferencias regionales e interregionales que tienen por objeto promover la lactancia natural y el apoyo a los esfuerzos desplegados por los países para dar efecto al Código Internacional en conformidad con su Artículo 11.4.

VALOR NUTRITIVO E INOCUIDAD DE LOS PRODUCTOS ESPECIFICAMENTE DESTINADOS A LA ALIMENTACION DEL LACTANTE Y DEL NIÑO PEQUEÑO

217. En cumplimiento de las resoluciones WHA33.32 y WHA34.23 de la Asamblea de la Salud, se han adoptado distintas medidas que tienen por objeto evaluar los cambios que se producen a lo largo de un periodo de tiempo en distintas condiciones climáticas, sobre todo en los países tropicales, y en condiciones reales de almacenamiento, en la calidad, el valor nutritivo y la inocuidad de los productos específicamente destinados a la alimentación del lactante y del niño pequeño.

218. Entre esas medidas merece citarse la convocación en octubre de 1981 de una consulta oficiosa que tuvo por objeto revisar la información entonces existente en la materia y sugerir otras fuentes posibles de datos, así como los elementos que procede incluir en un proyecto de protocolo para estudios de laboratorio; y asimismo un informe redactado por un consultor de la OMS sobre las condiciones observadas en tres países de clima tropical o subtropical - Filipinas, India y Trinidad y Tabago - durante el periodo comprendido entre octubre de 1982 y enero de 1983. En mayo de 1983 se presentó a la Asamblea de la Salud un resumen de las principales conclusiones de los consultores¹ y el informe completo está ahora a disposición de los interesados.²

219. El Gobierno de Suiza ha manifestado el deseo de hacer un donativo para contribuir a financiar estudios de laboratorio en colaboración con instituciones nacionales de investigación competentes en la materia. Están ultimándose los arreglos necesarios a estos efectos. Proporciona las muestras de productos necesarias para los ensayos la industria de alimentos infantiles, que participó también en la mencionada reunión de octubre de 1981, suministró información pertinente sobre la base de un cuestionario enviado a los distintos fabricantes de preparaciones para lactantes y formuló observaciones sobre los aspectos técnicos de los estudios de laboratorio planeados.

220. A este respecto, dos consultores visitaron nueve países de la Región de Africa (Benin, Etiopía, Kenya, Lesotho, Nigeria, República del Camerún, Senegal, Sierra Leona y Zaire) con el fin de determinar los temas de encuesta adecuados y los métodos aplicables en la Región, teniendo en cuenta las circunstancias prevalecientes en cada país y los oportunos requisitos del Codex Alimentarius.

¹ Véase el documento A36/7, Parte II.

² Documento NUT/83.4.

CONCLUSION

221. Desde la fundación de la OMS, han figurado entre sus principales prioridades la nutrición de los lactantes y los niños pequeños y algunas cuestiones afines, como la protección y el fomento de la lactancia materna, la promoción de unas prácticas adecuadas de destete, y la nutrición y la salud de las mujeres.

222. El concepto de la salud como algo continuo - el legado acumulado de salud de la madre, del lactante, del niño y del adolescente -, cada vez más admitido internacionalmente, ha contribuido en los últimos años a que se comprenda mejor la importancia que tienen en la vida del individuo el estado de nutrición y la alimentación durante la infancia. Cada vez se comprende mejor, pues, la relación entre el modo de alimentación infantil, el espaciamiento de los nacimientos, las deficiencias de la nutrición y la salud de la mujer durante el embarazo y el parto; el peso al nacer y las probabilidades de supervivencia del lactante y su vulnerabilidad a la enfermedad, y la forma en que todos estos factores influyen en la salud del niño, del adolescente y del adulto.

223. En las numerosas resoluciones adoptadas año tras año por la Asamblea Mundial de la Salud y los comités regionales en relación con la salud de la madre y el niño, la alimentación del lactante y del niño pequeño, y la preparación y ejecución de políticas y planes nacionales e internacionales de alimentación y nutrición, se ha señalado insistentemente que la malnutrición generalizada es no sólo un grave problema de por sí, sino asimismo un impedimento para el logro de los objetivos socioeconómicos nacionales e internacionales. En esas resoluciones se reconoce asimismo que la disponibilidad de alimentos, aunque de por sí importante, no es una garantía contra la malnutrición, porque en ésta influye un gran número de factores sanitarios, ambientales y sociales.

224. Los amplios debates habidos en las recientes reuniones de los comités regionales y en cada Asamblea de la Salud desde 1980 sobre el tema de la alimentación y nutrición del lactante y del niño pequeño, así como la información resumida en los informes del Director General,¹ indican la existencia de un enfoque general y completo de la cuestión de la salud y la nutrición de la madre y el niño. El caudal sin precedentes de información acerca de las medidas adoptadas en aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en unos 130 países y territorios de todas las regiones demuestra que, tanto en el plano de los países como en el internacional, el grado de comprensión de la importancia y la interdependencia de esas cuestiones ha aumentado desde 1979. También demuestra de manera concluyente que todos los Estados Miembros están dando efecto al Código Internacional como parte de sus esfuerzos más amplios encaminados a resolver los problemas de salud y de nutrición de los lactantes y los niños pequeños, y los de la salud y la condición social de las mujeres y las familias.

225. Es ciertamente alentadora la evolución registrada en un lapso relativamente breve de tiempo; cinco años después de la Reunión OMS/UNICEF de 1979 sobre la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño cabe decir con convencimiento que se han hecho en este campo verdaderos progresos, especialmente en lo tocante a una mayor comprensión por parte del público de la importancia de una nutrición apropiada durante el embarazo y la lactación, de la lactancia natural y del destete apropiado. Por supuesto que la comprensión de un problema, aunque requisito indispensable para la acción, no puede sustituir a ésta.

226. El establecimiento de estrategias nacionales de salud para todos y la adopción del criterio de la atención primaria de salud para aplicarlas son la clave del éxito a este respecto. Muestran la dirección que ha de seguirse e indican los medios que han de usarse. Precisamente

¹ Aparte del presente informe, se han presentado a la Asamblea de la Salud informes sobre la situación en cuanto a la aplicación del Código Internacional en 1981 y 1982, mientras que en 1983 se presentó un informe sobre la situación en cuanto al cumplimiento del Código. (Para las referencias véanse las notas correspondientes a los párrafos 49 y 51.)

porque no se trata exclusivamente de estrategias nacionales de los gobiernos, sino de estrategias nacionales supeditadas a la acción de todos los grupos de la sociedad, empezando por la familia y la comunidad, y porque la atención primaria de salud consiste en hacer accesible la asistencia esencial a los individuos y familias de la comunidad por medio de su participación, las esperanzas más inmediatas de conseguir las mejoras necesarias en el estado de salud y de nutrición de las mujeres, los lactantes y los niños pequeños radican en la rápida y plena realización de las estrategias nacionales en todos los países.

227. Gracias a su programa general de nutrición como parte de la atención primaria de salud, la OMS sigue sosteniendo los esfuerzos nacionales encaminados a reducir y eliminar las cinco deficiencias principales de nutrición - de proteínas, energía, hierro, yodo y vitamina A - con las que están relacionadas todas las formas más graves y generalizadas de malnutrición en el mundo de hoy. El enfoque del problema por la OMS se funda entre otras cosas en estimular la comprensión de la prevalencia de estas deficiencias y sus efectos en la salud, prestar apoyo técnico a los países para la utilización de las técnicas existentes y preparar mejores métodos de prevención, detección y lucha. El presente informe a la Asamblea de la Salud tiene por finalidad favorecer este enfoque poniendo de relieve algunas tendencias mundiales y regionales en cuanto al estado de nutrición, así como algunas de las medidas prácticas que se están aplicando para combatir los múltiples factores causantes de la malnutrición entre los grupos de población vulnerables.

= = =